



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

*AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL
NA SAÚDE DOS TRABALHADORES*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações -

Raquel Maria Branco Miranda de Carvalho Neto

Porto, Janeiro de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia

*AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL
NA SAÚDE DOS TRABALHADORES*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações -

Raquel Maria Branco Miranda de Carvalho Neto

Trabalho efectuado sob a orientação de

Professor Doutor António Fonseca

Mestre Eduardo Oliveira

Porto, Janeiro de 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pela força que sempre me transmitiram, nos momentos de maior desânimo, e por todo o apoio ao longo da minha formação académica, a qual não seria possível sem a sua dedicação.
Obrigada!

AGRADECIMENTOS¹

O meu agradecimento ao Centro Hospitalar do Nordeste que permitiu a realização deste estudo, em especial, ao Conselho de Administração e à Eng.^a Nisa Pinto. Agradeço, igualmente, aos trabalhadores que amavelmente participaram no mesmo.

Quero expressar o meu sincero e reconhecido agradecimento ao Professor Eduardo pela preciosa orientação deste trabalho, e pelo apoio e incentivo durante o progresso do mesmo. Cabe-me também agradecer-lhe o auxílio prestado durante a redacção deste trabalho, e a cuidada revisão final desta tese.

À Professora Doutora Brígida Monteiro e à Professora Carla Martins pela colaboração.

À minha avó Maria de Lurdes pelo carinho e preocupação.

Ao meu tio José Maria pelo constante acompanhamento.

À tia Raquel que, sempre que lhe era possível, me incentivava a abraçar novos projectos, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus irmãos que, de forma directa ou indirecta, incentivaram a realização deste trabalho, em especial à Cristina por toda a dedicação demonstrada.

Ao Jorge pelo apoio e amizade demonstrados.

À Inês e à Joana pelos momentos de partilha durante esta caminhada...

¹ - Esta Dissertação não foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Resumo

Dado o crescente cenário competitivo no mundo empresarial, as organizações são obrigadas a implementar mudanças que lhes permitam manter-se no mercado. Tais mudanças exigem alterações comportamentais e de relacionamento, que requerem ajustamentos individuais que, geralmente, provocam insegurança e stress nos indivíduos abrangidos (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010).

O presente estudo teve como objectivo geral aceder às representações que os trabalhadores do Centro Hospitalar do Nordeste [CHNE] têm da mudança organizacional, mormente, quanto ao impacto desta na saúde e bem-estar e também, compreender como os trabalhadores analisam a concepção, implementação e gestão da mudança organizacional. Para o efeito privilegiou-se a metodologia quantitativa, essencialmente descritiva, com a realização de um inquérito por questionário, utilizando alguns itens do instrumento de Torres-Oliveira (2005). O tratamento de dados, conduzido pelo *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS], permitiu analisar as representações dos trabalhadores quanto às novas condições de trabalho, à mudança de horário, à participação na mudança e ao índice de bem-estar.

A amostra integrou 169 trabalhadores, distribuídos por sete grupos profissionais: Pessoal Médico, Técnico Superior de Saúde, Técnico Superior, Pessoal de Enfermagem, Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, Assistente Técnico e Assistente Operacional.

Os grupos profissionais que demonstraram, de um modo geral, maior satisfação com a mudança foram o Pessoal Médico e o Assistente Operacional. Por sua vez, o Técnico Superior de Saúde foi o grupo que se evidenciou menos optimista.

Os resultados evidenciaram que a adopção de uma estratégia tecnocêntrica na gestão da mudança, isto é, o não envolvimento dos trabalhadores no processo (Parente, 2006) conduziu a resistências individuais como a crítica e o medo (Almeida, 2005; Rego & Cunha, 2004). Os riscos psicossociais traduziram-se, a nível organizacional, num aumento do absentismo (Coelho, 2010); a nível individual, a mudança provocou um aumento do nível de stress e um esgotamento físico e psicológico.

Abstract

Given the increasingly competitive scenario of the entrepreneurial world, organizations are required to implement changes that will allow them to remain in the market. Such changes demand behavioural transformations, as well as of the relationships, which require individual adjustments that usually cause insecurity and stress in the subjects involved (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010).

The present study was aimed at approaching the representations that the workers of the Hospital Center of the Northeast [HCNE] have of the organizational change especially as to the impact on health and well-being and also understand how workers analyze the design, implementation and management of the organizational change. For that purpose we focused on the quantitative methodology, essentially descriptive, with the completion of a questionnaire survey, using some items from the instrument by Torres-Oliveira (2005). The data processing, conducted by the Statistical Package for the Social Sciences [SPSS], allowed to analyze the representations of the workers regarding new working conditions, change of schedule, participation in the change and indication of well-being.

The sample included 169 employees spread over seven professional groups: Medical Staff, Health Technician, Senior Technician, Nursing Staff, Technical Staff of Diagnosis and Therapy, Technical Assistant and Assistant Operating.

The professional groups which have broadly shown greater satisfaction with the change were the Medical Staff and Assistant Operating. In turn, the Health Technician was the group that showed less optimistic.

The results showed that the introduction of a technocentric strategy on management of change, ie the non-involvement of the workers in the process (Parente, 2006) leads to individual resistances as criticism and fear (Almeida, 2005; Rego & Cunha, 2004). Psychosocial risks led to an increased absenteeism, on the organizational level (Coelho, 2010); on the individual stage, the change has caused an increased standard of stress and a physical as well as psychological exhaustion.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Mudança organizacional	4
1.1. Resistência à mudança.....	5
2. Riscos Psicossociais	7
2.1. Stress Ocupacional.....	8
3. Absentismo.....	10
CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	11
CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	17
1. Objectivos específicos.....	17
2. Questões de investigação.....	17
3. Amostra.....	18
3.1. Selecção da amostra.....	18
3.2. Caracterização da Amostra.....	18
4. Instrumento	19
5. Procedimentos	21
5.1. Recolha e tratamento de dados.....	21
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	22
1. Apresentação e análise dos resultados.....	22
1.1. Análise Descritiva.....	22
1.1.1. Caracterização Profissional.....	22
1.1.2. Caracterização laboral.....	22
1.1.3. Deslocação para o trabalho.....	24
1.2. Análise das variáveis dependentes.....	25
1.2.1. Condições de trabalho.....	25
1.2.2. Mudança de horário.....	30
1.2.3. Participação na mudança.....	32
1.2.4. Índice de bem-estar.....	35

1.3. Análise da fiabilidade das dimensões de escala.....	39
1.4. Análise da questão de resposta aberta.....	40
1.5. Análise inferencial.....	40
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO.....	44
CONCLUSÕES	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	53
Anexo 1	54
Pedido de Colaboração na Dissertação de Mestrado em Psicologia	54
Anexo 2	56
Questionário sobre a mudança organizacional.....	56
Anexo 3	63
Respostas dos inquiridos à questão de resposta aberta.....	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Descrição do número de trabalhadores por categoria profissional.....	22
Tabela 2	Caracterização laboral dos participantes	23
Tabela 3	Tempo de deslocação dos inquiridos para o local de trabalho	25
Tabela 4	Condições de trabalho	25
Tabela 5	Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas	27
Tabela 6	Mudança de horário	30
Tabela 7	Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas	31
Tabela 8	Participação na mudança	32
Tabela 9	Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas	33
Tabela 10	Índice de bem-estar.....	35
Tabela 11	Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas	37
Tabela 12	Estatística de fiabilidade às quatro dimensões do estudo	39
Tabela 13	Oneway ANOVA: Dimensões Representação das condições de trabalho, Mudança de horário, Participação na mudança e Índice de bem-estar em função do Grupo profissional	40
Tabela 14	Estatística descritiva das Dimensões Representação das condições de trabalho, Mudança de horário, Participação na mudança e Índice de bem-estar em função do Grupo profissional	41
Tabela 15	Correlação de Pearson entre as Representações das condições de trabalho e o Índice de bem-estar.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Descrição do número de trabalhadores por grupo profissional do CHNE.....	12
Figura 2: Descrição do número de trabalhadores por antiguidade no CHNE.	13
Figura 3: Rácio do número de faltas antes, durante e após a mudança.	14
Figura 4: Motivos das ausências antes, durante e após a mudança.	16
Figura 5: Modo como os participantes se deslocam para o local de trabalho.	24
Figura 6: Distribuição das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala das condições de trabalho.	29
Figura 7: Distribuição das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala da mudança de horário.....	31
Figura 8: Distribuição das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala da participação na mudança.	34
Figura 9: Distribuição das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala do índice de bem- -estar.	38

LISTA DE ABREVIATURAS

CHNE – Centro Hospitalar do Nordeste

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como objectivo geral aceder às representações que os trabalhadores têm da mudança organizacional, nomeadamente, quanto ao respectivo impacto na sua saúde e bem-estar e, paralelamente, compreender como os trabalhadores analisam a concepção, implementação e gestão da mudança organizacional.

A mudança organizacional é, actualmente, uma temática bastante analisada, uma vez que os problemas organizacionais incidem a um nível interno, como também a um nível externo (Cunha & Cunha, 2003). Também para Rego e Cunha (2004), a gestão da mudança constitui uma das maiores preocupações dos gestores, facto que traduz o volume de publicações sobre o tema sendo, seguramente, um dos mais amplos na área das ciências sociais.

A mudança implica, geralmente, transformações na forma de organização do trabalho na empresa, focadas na procura de novas competências e na dispensa de colaboradores, cujas aptidões se tornam desnecessárias (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010). Para estes autores a mudança exige, por norma, alterações comportamentais e de relacionamento, quer no interior da empresa, quer no contacto com clientes externos; estas alterações requerem ajustamentos individuais fortes que, muitas vezes, provocam insegurança e stress nos indivíduos abrangidos. Para Camara, Guerra, e Rodrigues (2010) quando surge uma disfunção entre o que a empresa fornece e o que o mercado está disposto a absorver, aquela depara-se numa zona de risco devendo por tal, reflectir sobre a sua forma de actuação e se necessário, mudar para sobreviver.

O conceito saúde no trabalho compreende, segundo Quintas (2006), a promoção e a manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores e não apenas, a ausência de enfermidade ou doença.

Segundo Martins (2004), os factores psicológicos proporcionam riscos para a manutenção da saúde mental, através do comportamento e da emoção. Neste sentido, o stress no trabalho, a vulnerabilidade ao stress e a não satisfação no trabalho, acompanham um desconforto emocional significativo, podendo conduzir a um aumento da probabilidade do indivíduo desenvolver problemas de comportamento (Martins, 2004).

Na literatura, sobretudo na área do stress, verificou-se a realização de algumas investigações sobre a influência dos factores psicossociais na saúde e na doença mental

bem como, sobre os mecanismos que podem levar essas variáveis a contribuir para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos inadequados (Martins, 2004). A este propósito, Camara, Guerra, e Rodrigues (2010) afirmam que, como resultado do stress existente nas organizações surge também, um aumento do absentismo e da rotação de pessoal o que, conseqüentemente, conduz a uma menor produtividade e diminuição de qualidade.

Compreende-se deste modo, que o absentismo e a doença são fenómenos que atingem todos os locais de trabalho (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho [EUROFOUND], 1997). Estes podem ter um grande impacto na produtividade e, conseqüentemente, na concorrência organizacional (EUROFOUND, 1997). Torna-se, portanto, urgente que as empresas compreendam esta realidade, incorporando estratégias preventivas na sua política e nas suas práticas de Gestão de Recursos Humanos (EUROFOUND, 1997).

Para Camara, Guerra, e Rodrigues (2010), de modo a diminuir as resistências à mudança devem ser tidos em conta os mecanismos de participação e envolvimento de todos os membros da organização. Deste modo, é necessário comunicar os objectivos e respectiva explicação, procurando obter o alinhamento dos colaboradores e o seu compromisso com a via escolhida (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010).

A pertinência desta investigação é, portanto, justificada pela crescente valorização da mudança organizacional, baseando-se na oportunidade de apresentar dados concretos para reflexão, salientando o indispensável papel do psicólogo nas organizações.

O estudo realizou-se no CHNE, o qual engloba três Unidades Hospitalares - Mirandela, Macedo de Cavaleiros e Bragança. A mudança organizacional verificou-se na medida em que as referidas Unidades Hospitalares deixaram de ter um funcionamento autónomo e independente passando, mediante observação do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, a funcionar como uma só Instituição. Tal facto resultou numa mudança organizacional de valências, optimização de recursos humanos e subdivisão dos Serviços hospitalares das três Unidades.

O presente estudo assume a seguinte estrutura: enquadramento teórico do tema; caracterização da Instituição; metodologia da investigação; apresentação e análise dos resultados obtidos; discussão dos resultados e, por fim, a conclusão.

O primeiro capítulo constitui a base teórica do estudo, no qual serão abordadas três temáticas: a mudança organizacional com particular destaque para os mecanismos individuais ou colectivos de resistência; os riscos psicossociais, enaltecendo a importância do stress ocupacional e, por último, o absentismo.

No segundo capítulo apresentar-se-á a Instituição onde se realizou o presente estudo.

No capítulo seguinte será apresentada a Metodologia escolhida para o estudo, privilegiando-se a metodologia quantitativa, essencialmente descritiva, com a realização de um inquérito por questionário. Ao longo deste capítulo ter-se-á ainda em conta: a descrição dos objectivos específicos, as questões de investigação, a selecção e caracterização da amostra, o instrumento utilizado e os procedimentos levados a cabo na análise e tratamento dos dados.

No capítulo que diz respeito aos Resultados serão enfatizados, de forma pormenorizada, os dados obtidos no presente estudo.

Por sua vez, no capítulo referente à Discussão serão expostas as respostas às questões de investigação, articulando os dados obtidos com a literatura.

Na Conclusão, proceder-se-á às apreciações críticas dos resultados obtidos. Serão ainda enunciadas as limitações da investigação e as sugestões para estudos futuros.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Mudança organizacional

Na literatura a mudança organizacional é, geralmente, entendida como um conjunto de medidas que visam a melhoria da organização, sendo necessárias para suportar o desenvolvimento estratégico da organização (Neves, 2002). Também para Parente (2006), a mudança organizacional, fruto da instabilidade e da incerteza de uma economia globalizada, caracteriza-se por processos dinâmicos, os quais obrigam as empresas a adoptarem, necessariamente, estratégias eficazes de forma a responder e/ou antecipar as transformações em curso.

Actualmente, a mudança surge nas empresas a partir de alterações com origem endógena e exógena (Parente, 2006). Também para Camara, Guerra, e Rodrigues (2010), os factores que levam à mudança podem ser classificados em dois grandes grupos, os factores intrínsecos e os factores extrínsecos: os primeiros decorrem da própria estrutura da empresa, bem como das normas que dirigem a sua organização e a prestação do trabalho; por sua vez, os factores extrínsecos resultam da imposição de alterações radicais do meio envolvente. Para os autores, tanto num caso como no outro, a mudança pode ser espontânea ou provocada. As mudanças podem, ainda, ocorrer sobre as atitudes, os comportamentos e valores, os procedimentos e organização do trabalho e, as estruturas (Almeida, 2005).

Por outro lado, quando se aborda a mudança organizacional deve-se ter em conta a distinção entre mudança organizacional planeada e mudança emergente, isto é: a primeira caracteriza-se por um processo planeado, ou seja, um processo preestabelecido, referindo-se à introdução de diferenças numa ou mais componentes organizacionais, sejam estas mais *hard* (estratégia, estrutura, sistemas) ou mais *soft* (propósito, pessoas, processos); por contraste, a mudança emergente evidencia-se de forma imprevista, em resposta a problemas concretos, de adaptação às contingências locais (Cunha & Rego, 2002; Rego & Cunha, 2004).

Para Parente (2006), independentemente de a mudança ser desencadeada de forma intencional ou não, o modo como se gerem as mudanças influencia, decisivamente, a possibilidade de se constituir como oportunidade de aprendizagem para os indivíduos, para os grupos ou equipas, bem como para as organizações como um todo.

As situações de mudança caracterizam-se por uma sucessão de fases: reconhecimento da sua necessidade num momento inicial, na qual é tomada uma decisão; os momentos de implementação, definidos enquanto períodos de transição de uma situação a outra e, por fim, o estado final, em que a mudança é dada como concluída (Parente, 2006). Também para Almeida (2005), a gestão dos processos de mudança passa por diferentes fases, sendo estas: descongelamento, manifestado pelo conjunto de atitudes e comportamento de insatisfação; mudança, com identificação de um novo modelo e procura de novas informações e, recongelamento, sendo que esta fase passa pela estabilização da mudança, evitando retrocessos.

Muitas vezes, as mudanças vivenciadas nas organizações resultam, apenas, numa readaptação dos trabalhadores, não acrescentando valor de conhecimento para os sujeitos (Parente, 2006).

Dada a constante valorização da mudança organizacional, as políticas de recursos humanos vivenciam novos problemas relacionados com as competências dos trabalhadores, bem como a motivação dos mesmos para o trabalho (Caetano & Tavares, 2000).

Qualquer processo de mudança enfrenta sempre resistência, quer a nível individual, quer a nível organizacional, visto que representa uma transformação da estrutura de poder e dos hábitos da empresa (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010).

1.1. Resistência à mudança

O comportamento humano decorre de dois grandes determinantes: as disposições individuais e os factores situacionais (Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007). Para estes autores, as disposições podem ser entendidas como tendências para responder a situações, de forma particular e pré-determinada, integrando as características da personalidade, as atitudes e preferências, bem como os motivos (Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007). Por sua vez, os factores situacionais compreendem o comportamento como resultado da influência da situação, na qual o sujeito se encontra inserido, isto é, perante uma cultura organizacional forte, os comportamentos individuais tendem a assemelhar-se à mesma, por influência do contexto; se, pelo contrário, a organização incorpora uma cultura fraca, então esses comportamentos tenderão a divergir,

aproximando-se das referidas disposições individuais (Cunha, Rego, Cunha, & Cabral-Cardoso, 2007).

Os gestores necessitam de compreender as razões pelas quais as pessoas podem resistir à mudança (Rego & Cunha, 2004). Isto porque, se os indivíduos são incapazes de mudar a organização como um todo também não o conseguirá, ou seja, a mudança começa, fundamentalmente, nos indivíduos (Harris, 2001 cit. in Rego & Cunha, 2004).

A resistência pode ser individual e organizacional: a primeira comporta as características pessoais dos sujeitos, envolvendo aspectos como os hábitos, as necessidades, a crítica, o medo, a incerteza e a falta de confiança; por outro lado, a resistência organizacional integra aspectos mais generalizados, compreendendo a organização como um todo, relacionando-se com a força estrutural e do grupo, bem como com as percepções de ameaça, perda de controlo e o aumento do volume de trabalho, fruto da mudança (Almeida, 2005; Rego & Cunha, 2004).

A resistência é então encarada como uma manifestação emergente, desencadeada como reacção à mudança (Mendes, 2004).

Quando a resistência faculta ao comportamento organizacional previsibilidade e estabilidade, revela-se positiva; por outro lado, pode ser fonte de conflito funcional e, consequentemente, diminuir a capacidade de adaptação e o progresso organizacional (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010).

Deste modo, para diminuir a resistência face à mudança, as organizações devem procurar envolver os trabalhadores no referido processo, dando-lhes a possibilidade de participarem e perceberem os motivos pelas quais está a ser implementada a mudança (Rodrigues, 2008). Segundo Rego e Cunha (2004) para ultrapassar as resistências, os gestores devem insistir na mensagem da necessidade de mudança, bem como reforçar essa mensagem com incentivos que podem assumir as mais variadas formas como, por exemplo, melhores condições de trabalho, prestígio e maiores níveis de responsabilidade. Importa aqui considerar que não é possível não comunicar, isto é, existe sempre comunicação quando alguém interpreta algo feito (ou não) por outro e lhe atribui significado – o caso chama-nos à atenção para os efeitos da gestão da mudança, pois tudo o que os gestores fazem ou não, é interpretado pelos trabalhadores e alvo de atribuição de significado (Rego & Cunha, 2004).

A gestão da resistência à mudança deve ser realizada de forma cuidadosa, procurando desmontar os mecanismos de resistência através da comunicação, da participação e da partilha da visão de futuro, integrando todos os membros da organização (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010).

A participação dos trabalhadores na mudança organizacional e, particularmente, na tomada de decisão constitui o conceito central do desenvolvimento organizacional (Rodrigues, 2008). Participar na mudança pode ser entendido como a possibilidade do trabalhador receber formação e informação do sistema a implementar, bem como de entender que se encontra satisfeito com o acesso à informação, sendo esta clara e útil (Rodrigues, 2008). Segundo Parente (2006), a participação dos trabalhadores assume formas diferenciadas, consoante o tipo de estratégia que se adopta: uma estratégia antropocêntrica, a qual se pauta pelo envolvimento dos trabalhadores, possibilitando uma forte apropriação à mudança ou, uma estratégia tecnocêntrica, sendo que neste caso a adaptação à mudança será, por contraste à anterior, a configuração assumida, promovendo uma apropriação superficial das alterações, consequência da imposição das mesmas.

2. Riscos Psicossociais

A organização do trabalho constitui a principal fonte de interações sociais podendo, assim, ser percebida como a principal causa de riscos psicossociais – é, portanto, correcto afirmar que o risco psicossocial é, também, um risco organizacional (Coelho, 2010).

O empregador, enquanto principal gestor da organização, e os gestores de linha são os principais responsáveis pela prevenção de riscos psicossociais (Coelho, 2010). Contudo, na intervenção e mudança organizacional o Psicólogo do Trabalho deve também assumir um papel importante, desenhando programas de prevenção dos problemas psicossociais e dos acidentes de trabalho. Tal contributo ajudará a promover a modificação da estrutura organizacional, de atitudes, da cultura e do clima social (Coelho, 2008).

Os riscos psicossociais no trabalho consistem por um lado, na interacção entre o trabalho, a satisfação no trabalho e as condições de organização e, por outro lado nas capacidades do trabalhador, as suas necessidades e a sua situação pessoal fora do trabalho (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 1984). Assim, as representações e experiências influenciam também, a saúde e rendimento do trabalhador (OIT, 1984).

Por outro lado, os riscos psicossociais no trabalho acarretam consequências negativas para a sociedade, para as empresas e para a saúde dos trabalhadores, sendo que: as consequências para a sociedade são os custos económicos e a saúde pública, nomeadamente, a saúde mental no trabalho (OMS/OIT, 2000 cit. in Coelho, 2010); por outro lado, as consequências organizacionais traduzem-se em aspectos como o aumento do absentismo, uma menor dedicação ao trabalho, o aumento das queixas dos clientes e utentes, a deterioração da imagem institucional, da comunicação e da qualidade das relações de trabalho (Coelho, 2010); quanto às consequências individuais, estas podem ser fisiológicas², psicológicas³ e mentais⁴ (Coelho, 2010).

2.1. Stress Ocupacional

Segundo Ross e Altmaier (1994), o stress ocupacional é visto como uma interacção entre as condições de trabalho e as características do trabalhador, em que as exigências do trabalho excedem a capacidade do trabalhador para lidar com elas. A este propósito Coelho (2010), chama a atenção para a necessidade de procurar, continuamente, ajustar o mais possível as exigências do trabalho aos recursos do indivíduo. O Psicólogo do Trabalho ajudará, neste sentido, a reunir as condições necessárias para aproximar o trabalho real às capacidades do indivíduo promovendo, igualmente, o desenvolvimento pessoal e profissional de competências.

Segundo Marques e Ribeiro (2009), a reputação do conceito de stress deve-se a Selye, o qual considera que este conceito pode ser entendido por um lado, como bom stress (*eustress*), correspondendo a uma resposta adaptativa e, a estratégias de *coping* por parte dos sujeitos e, por outro lado como mau stress (*distress*), constituindo um estímulo capaz de provocar danos no organismo – o que a linguagem comum designa de stress é, portanto, uma degeneração do termo *distress*.

Por sua vez, Coelho (2010) presenteia-nos com a distinção entre stress agudo, o qual envolve uma resposta rápida por parte do indivíduo a um acontecimento súbito, constituindo a formação um importante recurso preventivo; o stress pós-traumático, que decorre de acontecimentos que põem em perigo a própria vida como, por exemplo, a recordação de um acidente ou uma agressão violenta – neste caso a prevenção será de

² - Hormonas supra-renais, sistema nervoso central, reacções cardiovasculares, transtornos digestivos, entre outros.

³ - De natureza cognitiva ou comportamental, como problemas de memória e de atenção, irritação, dificuldade em tomar decisões, cansaço; comportamentos obsessivos, problemas de adaptação, agressividade e violência.

⁴ - Problemas psicopatológicos graves, como a depressão, a esquizofrenia, a paranóia.

natureza organizacional como, os protocolos de actuação e os planos de segurança; por último, o stress crónico que, contrariamente aos dois anteriores, resulta de uma reacção cumulativa de pressões (e.g. ameaças) continuadas no tempo. Esta forma de stress não tem sido objecto de qualquer prevenção eficaz, apesar de ser a que apresenta maior impacto nas organizações e nos indivíduos – é a pensar nesta forma de stress, que se fala de stress como um risco emergente nas sociedades actuais e na necessidade da sua prevenção (Coelho, 2010).

No âmbito do stress ocupacional realça-se o *burnout* (Coelho, 2008). Este constitui uma resposta prolongada a stresses emocionais e interpessoais crónicos existentes no contexto de trabalho, manifestando-se como um cansaço emocional susceptível de conduzir à perda de motivação (Maslach & Leiter, 2005).

Assim, o *burnout* é uma síndrome de esgotamento emocional, despersonalização, e baixa realização profissional, pelo que é importante uma atenção crescente para esta realidade (Carlotto & Câmara, 2007; Coelho, 2008). O esgotamento ou cansaço emocional refere-se a uma diminuição e/ou perda de recursos emocionais; a despersonalização revela o desenvolvimento de atitudes e respostas negativas, como o aumento de irritabilidade face à motivação profissional; por contraste, os sentimentos de baixa realização profissional reflectem-se na desvalorização do próprio trabalho, com baixa auto-estima e evitamento de relações interpessoais (Coelho, 2010; Rodrigues, 2008).

Segundo Coelho (2010), a incidência da síndrome de *burnout* é maior em determinadas profissões em comparação com outras, sendo as profissões de saúde e a profissão docente, as que apresentam maior incidência.

Perante a realidade descrita, as empresas desempenham um papel importante na promoção de saúde e bem-estar dos seus trabalhadores, devendo estar atentas às respectivas causas (Laranjeira, 2009). Também para Coelho (2010), a prevenção de riscos psicossociais nos Serviços e Instituições de saúde é uma obrigação específica do Ministério da Saúde e de todos os seus responsáveis, sendo que a sua implementação pode ser um contributo importante para melhorar a saúde mental no trabalho.

3. Absentismo

As ausências no trabalho acarretam diversos problemas para a organização e, na maioria das vezes, indicam a existência de problemas relacionados com as condições de saúde dos trabalhadores e a insatisfação dos mesmos com as condições de trabalho (Aguiar & Oliveira, 2009).

Por absentismo compreende-se as ausências dos trabalhadores durante o período normal de trabalho a que está obrigado devendo por isso, atribuir-se todas essas ausências ao trabalhador, independentemente dos seus motivos e de se converterem em faltas justificadas ou não (EUROFOUND, 1997).

Segundo Roque (2008), em geral distinguem-se duas medidas relativas ao absentismo - a frequência das ausências e a sua duração. A primeira refere-se ao número de vezes que um indivíduo esteve ausente durante um determinado período, sendo considerada como um indicador de absentismo voluntário; por contraste, a duração diz respeito à duração total de tempo que um indivíduo esteve ausente (durante um período específico), consistindo num indicador de absentismo involuntário (Roque, 2008).

Importa referir Chiavenato (2004), que nos oferece uma nova ideia sobre o absentismo, a ausência mental do trabalhador, isto é, mesmo que esteja presente fisicamente no seu local de trabalho, o trabalhador não produz como deveria. A ausência mental caracteriza-se por uma atitude de fuga a um contexto de trabalho desagradável sendo que deste modo, ao não realizar convenientemente as suas actividades poderá conduzir a uma diminuição da produtividade/qualidade (Chiavenato, 2004).

Como prevenção e/ou redução do absentismo no trabalho identificam-se estratégias como: atribuir tarefas e responsabilidades claras a todas as pessoas envolvidas nas actividades; informar todos os colaboradores sobre os motivos das mudanças e, tratar o absentismo no trabalho como um fenómeno normal das empresas (EUROFOUND, 1997).

Os empregadores são prejudicados pelo absentismo, pois este obriga a ajustamentos de horários ou, a substituir o trabalhador ausente (EUROFOUND, 1997). Para além do referido, o absentismo aumenta os custos da empresa (subsídios de doença, perda de produtividade, entre outros), conduzindo a um efeito negativo na posição concorrencial do mercado; por outro lado, a economia nacional também sofre uma perda de produção potencial, dada a redução da força de trabalho disponível e, por consequência, ao aumento dos custos como, por exemplo, com a segurança social (EUROFOUND, 1997).

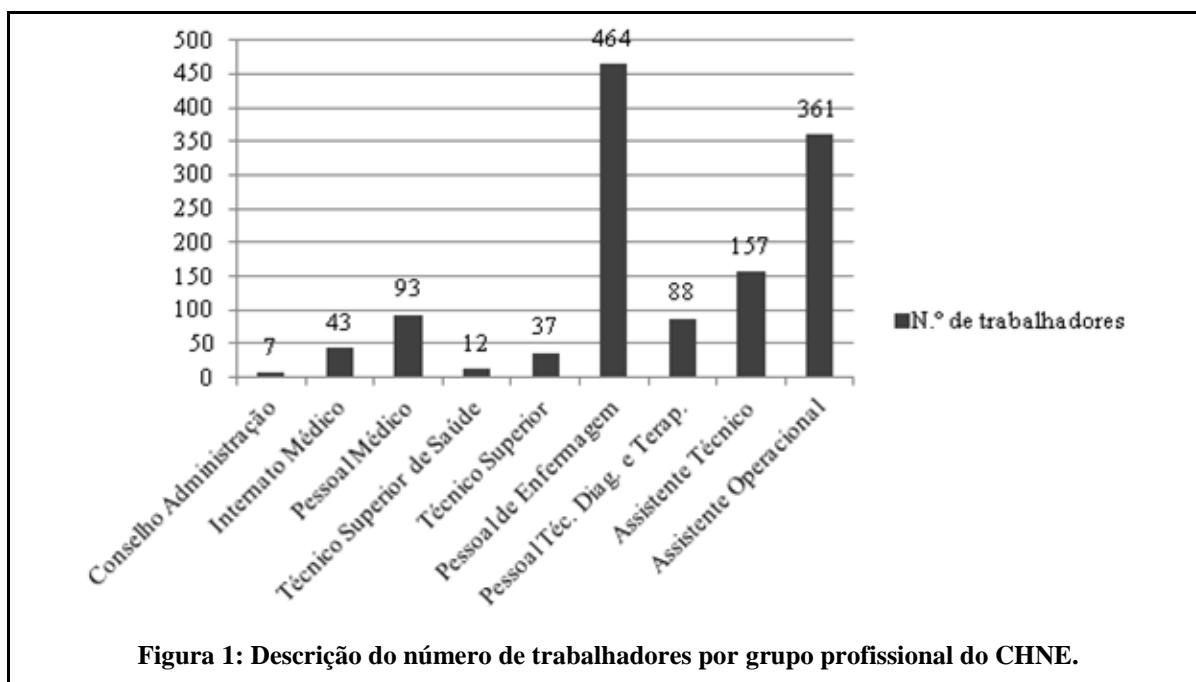
CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei nº233/2005, de 29 de Dezembro, em vigor a 1 de Janeiro de 2006 (Centro Hospitalar do Nordeste [CHNE], 2011). O CHNE nasce da integração da Unidade Hospitalar de Mirandela, da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros e da Unidade Hospitalar de Bragança, como uma só Instituição. Desde então, assume-se como uma Entidade Pública Empresarial, munida de autonomia administrativa, patrimonial e financeira, que sucedeu às pessoas colectivas das três Unidades Hospitalares, assumindo todos os seus direitos e obrigações (CHNE, 2011). Com sede social na cidade de Bragança, tem como área de influência os 12 Concelhos do Distrito, tendo como objecto a prestação de cuidados de saúde a 145.486 cidadãos (CHNE, 2011).

Esta mudança legal reflectiu-se ao nível das valências, da optimização de recursos humanos e da subdivisão dos Serviços hospitalares das três Unidades. Para os trabalhadores, esta mudança conduziu à integração de novas equipas de trabalho e, consequentemente, novas chefias; novos horários e locais de trabalho tendo havido ainda, algumas alterações ao nível das Direcções. Em suma, os trabalhadores vivenciaram uma mudança ao nível da organização do trabalho, e das relações interpessoais.

Importa referir que para a realização deste estudo, remeteu-se um pedido de Colaboração na Dissertação de Mestrado em Psicologia (cf. Anexo 1), sendo que as conclusões do estudo serão restituídas à Instituição.

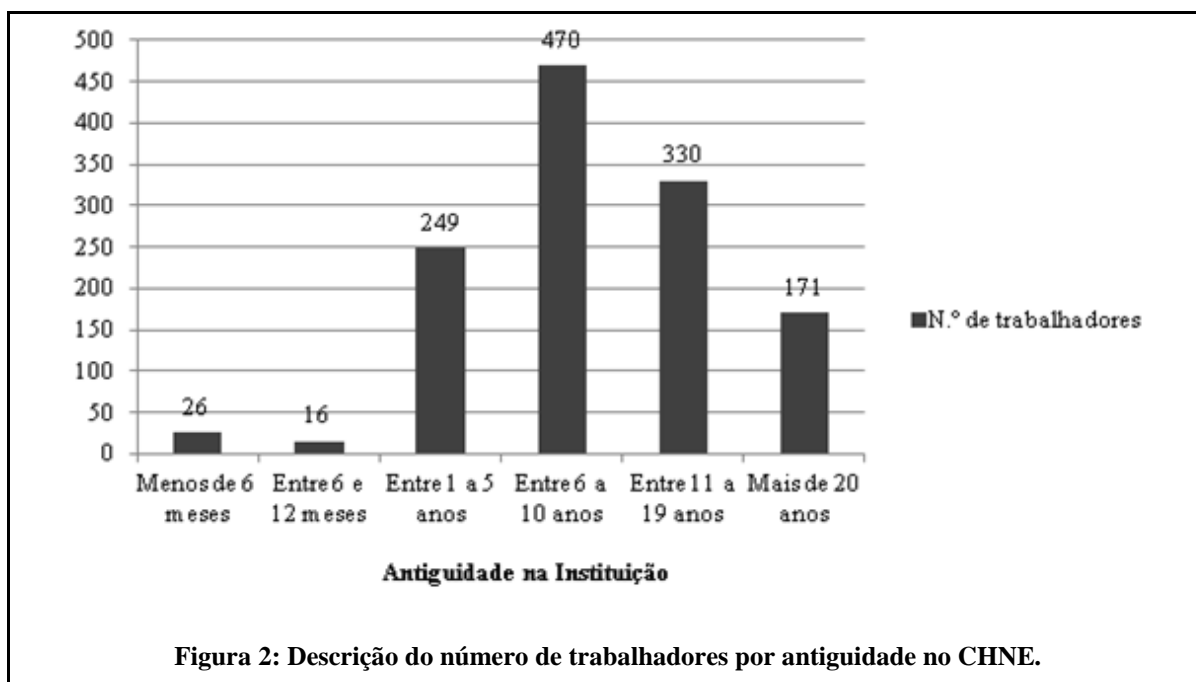
Na Figura 1 apresenta-se a distribuição dos funcionários do CHNE de acordo com o grupo profissional.



O CHNE integra 1262 trabalhadores, dos quais sete representam o Conselho de Administração, que dirige a Instituição. De notar que o Internato Médico é constituído por estudantes do último ano de Medicina, também designado por ano comum; o Pessoal Médico integra todos médicos do CHNE; do grupo Técnico Superior de Saúde fazem parte farmacêuticos, psicólogos clínicos, nutricionistas; o Técnico Superior é representado por engenheiros de gestão industrial e de informática; o Pessoal de Enfermagem conta com todos os enfermeiros; o Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica engloba fisioterapeutas, técnicos de raio X e de imagiologia; o Assistente Técnico é constituído pelos administrativos e, do grupo Assistente Operacional fazem parte os trabalhadores encarregues pelas limpezas.

Destes profissionais, 73% são do sexo feminino, sendo a média de idades de 43.6 anos.

Na Figura 2 apresenta-se a distribuição dos funcionários do CHNE, segundo a antiguidade na Instituição. De notar que a antiguidade que se apresenta transita das anteriores Unidades Hospitalares.



Constatou-se que a classe mais representativa ($n=470$, 37.2%) apresenta uma antiguidade *entre seis a dez anos*. Por sua vez, a antiguidade menos representada nesta Instituição, actualmente, é *entre seis e 12 meses* ($n=16$, 1.3%). Analisando estes dados, é possível constatar que a grande maioria ($n=971$, 76.9%) dos funcionários do CNHE possui uma antiguidade maior que seis anos, seguidos de longe pelos funcionários com uma antiguidade *Entre 1 a 5 anos* ($n=249$, 19.7%). Os funcionários com uma antiguidade inferior a um ano constituem uma minoria ($n=42$, 3.3%). O CHNE possui um corpo de funcionários fortemente estável.

Dado que as ausências no trabalho assumem um papel importante numa organização, tendo em conta os efeitos negativos na mesma, procurou-se perceber qual o rácio do mesmo no CHNE, nomeadamente, antes, durante e após a mudança organizacional. Para o efeito, através dos dados recolhidos na Direcção de Recursos Humanos da Instituição, procedeu-se à elaboração da Figura 3. Salienta-se que não foram considerados dois grupos profissionais - o Conselho de Administração e o Internato Médico - dado que não foram facultados dados referentes aos mesmos.

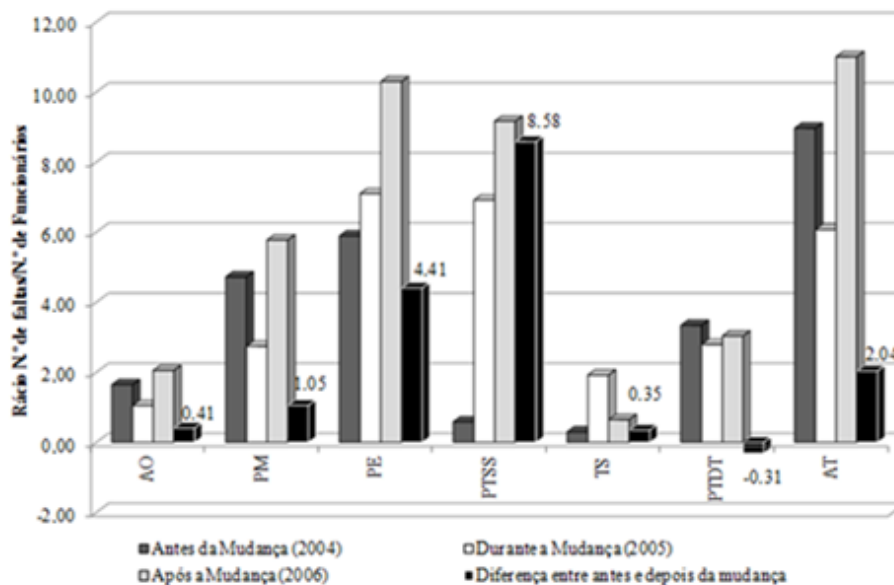


Figura 3: Rácio do número de faltas antes, durante e após a mudança.

Legenda: AO – Assistente Operacional; PM – Pessoal Médico; PE – Pessoal de Enfermagem; PTSS – Pessoal Técnico Superior de Saúde; TS – Técnico Superior; PTDT – Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica; AT – Assistente Técnico

Na generalidade, verificou-se um aumento do número de faltas, entre 2004 (antes da mudança) e 2006 (após a mudança).

No que respeita ao grupo Assistente Operacional foi possível constatar que o rácio do número de faltas foi de certa forma homogéneo, sendo que: antes da mudança apresentava um rácio de 1.65 faltas; durante mudança teve uma ligeira descida para 1.05 faltas e, após a mudança, verificou 2.05 faltas. A diferença entre antes e depois da mudança traduziu-se em mais 0.41 faltas por trabalhador.

O Pessoal Médico em 2004 apresentou um rácio de 4.72 faltas, tendo uma descida durante a mudança, para 2.74 faltas. Após a mudança notou-se uma subida, em 5.77 faltas, ou seja, mais 1.05 faltas do que em 2004.

Quanto ao grupo Pessoal de Enfermagem verificou-se que, ao longo destes três anos, o número de faltas por trabalhador foi aumentando gradualmente, isto é: antes da mudança apresentou 5.89 faltas; durante a mudança houve um aumento para 7.10 faltas e, após a mesma o número de faltas subiu para 10.30 faltas. A diferença do número de faltas entre 2004 e 2006 traduziu-se num aumento de 4.41 faltas por trabalhador.

No grupo Pessoal Técnico Superior de Saúde foi possível constatar que em 2004 o número de faltas por trabalhador não era muito significativo (0.58 faltas). Por sua vez, durante a mudança assistiu a um aumento para 6.92 faltas e, após a mudança totalizou 9.17

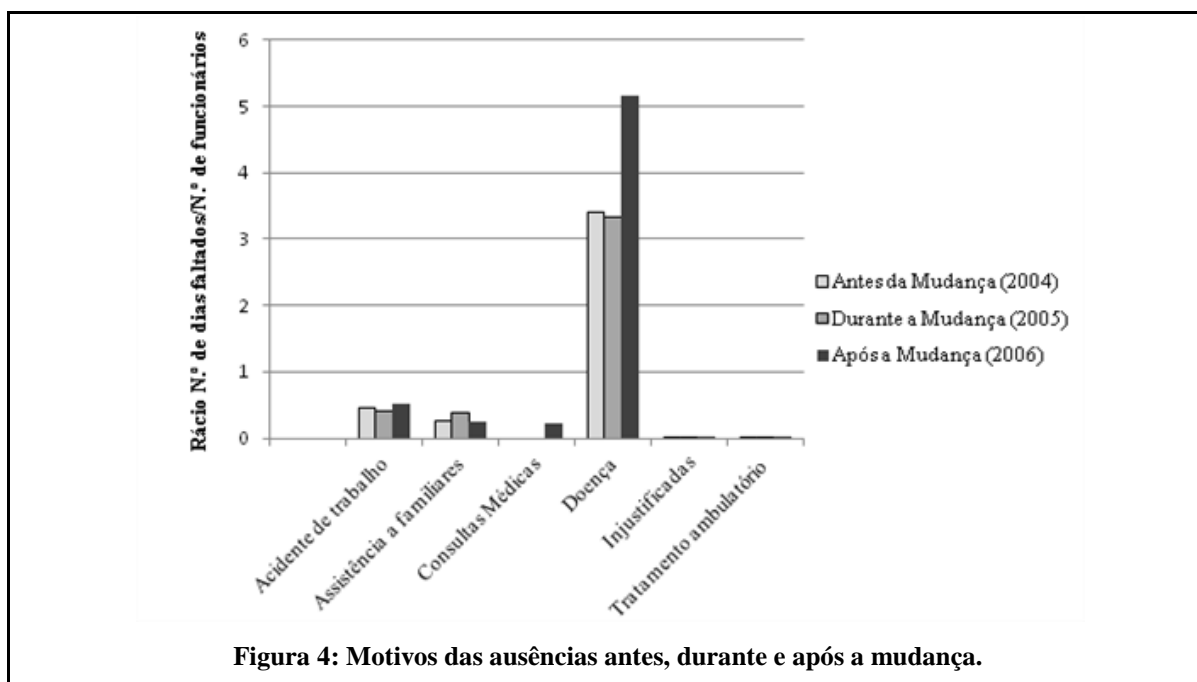
faltas. A diferença entre antes e depois da mudança foi significativa, ou seja, mais 8.58 faltas.

No que se refere ao grupo Técnico Superior apresentava, apenas, 0.30 faltas em 2004, sendo que durante a mudança assistiu a um aumento para 1.92 faltas. Após a mudança teve uma pequena descida, para 0.65 faltas. A diferença entre antes e depois da mudança foi de 0.35 faltas, traduzindo-se no grupo com menos faltas após a mudança.

Da análise referente ao grupo Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica constatou-se que, também este grupo, apresentou alguma homogeneidade. Antes da mudança teve 3.34 faltas por trabalhador, durante a mudança desceu para 2.80 faltas e, após a mudança subiu, ligeiramente, para 3.03 faltas. De notar que este grupo foi o único que apresentou uma diferença negativa, de -0.31 faltas, entre 2004 e 2006, ou seja, houve menos faltas depois da mudança do que antes desta.

O grupo Assistente Técnico teve, em 2004, um rácio significativo de 8.97 faltas apresentando, posteriormente, uma ligeira descida em 2005, para 6.07 faltas. Já em 2006 (após a mudança) houve um aumento para 11.01 faltas, sendo a diferença entre antes e depois da mudança, de 2.04 faltas por trabalhador. De notar que este foi grupo que apresentou mais faltas após a mudança.

De modo a perceber os motivos das faltas anteriormente mencionadas procurou-se analisar, igualmente, os dados fornecidos pela Direcção de Recursos Humanos da Instituição, compreendendo o mesmo período de tempo. De referir que não foram tidos em conta, os dias cujas ausências se deveram a férias, folgas ou doença prolongada. Os dados são apresentados na Figura 4.



Da análise da Figura foi possível constatar que o motivo *acidentes de trabalho* apresentou uma ligeira subida, de 2004 para 2006 (0.46 e 0.51 dias respectivamente). Durante a mudança, verificou-se que houve 0.40 dias de faltas pelo motivo mencionado.

Por motivos de *assistência a familiares* verificou-se que antes da mudança houve 0.27 dias de faltas e 0.39 dias durante a mudança. Após a mudança registou-se uma diminuição de 0.24 dias de faltas por trabalhador.

As ausências verificadas por motivos de *consultas médicas* registaram-se, essencialmente, após a mudança, traduzindo 0.23 dias de faltas. Antes e durante a mesma não existiram faltas por este motivo.

O motivo das ausências por *doença* foi elevado antes, durante e após a mudança (3.41, 3.34 e 5.16 dias respectivamente). É sem dúvida, o motivo que mais se destaca ao longo dos três anos analisados.

As faltas *injustificadas* ou por *tratamento ambulatorio* não foram expressivas no período estudado.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

1. Objectivos específicos

Procurou-se avaliar as representações dos diferentes grupos profissionais⁵ sobre a mudança, nomeadamente: a) das condições de trabalho; b) do estado de saúde e bem-estar; c) da influência que as novas condições de trabalho exercem na saúde e bem-estar; d) da relevância participativa no processo de mudança; e) e do impacto sentido em consequência da mudança de horário.

A partir dos objectivos enunciados, pretende-se desenhar um quadro geral, descritivo, sobre o impacto da mudança organizacional na saúde dos trabalhadores.

2. Questões de investigação

Segundo Quivy e Van Campenhoudt (1998), quando se desenvolve um trabalho de investigação deve-se definir o respectivo trabalho sob a forma de uma questão de partida. Perante os objectivos deste estudo formulou-se a seguinte questão de partida: Qual a representação que os trabalhadores têm da mudança?

Delineada a questão de partida, estipularam-se as seguintes questões de investigação: 1) Qual a representação dos trabalhadores face às novas condições de trabalho?; 2) Como avaliam os trabalhadores, o seu estado de saúde e bem-estar após a mudança?; 3) De que modo as novas condições de trabalho influenciam o bem-estar dos trabalhadores?; 4) A empresa prepara os trabalhadores para o processo de mudança?; 5) A mudança de horário conduz a um impacto significativo a nível profissional?; 5.1) E a nível familiar?

Nesta investigação assumiu-se a mudança como variável independente e, as representações dos colaboradores sobre as novas condições de trabalho, a mudança de horário, a participação na mudança e o índice de bem-estar, como variáveis dependentes. O grupo profissional constitui a variável moderadora.

De forma a obter o maior número possível de informações recorreu-se à metodologia quantitativa, com a realização de um inquérito por questionário.

⁵ - Pessoal Médico, Técnico Superior de Saúde, Técnico Superior, Pessoal de Enfermagem, Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, Assistente Técnico, Assistente Operacional.

3. Amostra

De seguida são apresentados os critérios de selecção da amostra e a sua caracterização.

3.1. Selecção da amostra

Neste estudo procurou-se uma amostra heterogénea de informantes, de forma a possibilitar uma maior obtenção de informação pertinente, adequada aos objectivos da investigação (Ruquoy, 1995). Assim, de modo a obter diferentes perspectivas sobre a mudança organizacional, contou-se com a colaboração de vários trabalhadores do CHNE, independentemente da sua categoria profissional.

De notar que dos 1262 colaboradores que integram o CHNE, não se incluíram no estudo dois grupos profissionais, nomeadamente, o Conselho de Administração, visto ter sido o responsável pela implementação da mudança, facto que levou a Comissão de Ética a considerar não ser pertinente incluí-lo na amostra, e o Internato Médico, dado que os colaboradores deste grupo apenas exercem actividade durante um ano, sendo que não vivenciaram a mudança.

Após a aprovação da Comissão de Ética do questionário apresentado, este foi enviado aos 1212 colaboradores das restantes categorias⁶, através do e-mail interno do Gabinete de Saúde Ocupacional. Recepcionaram-se 182 questionários, dos quais foram excluídos quatro questionários, visto que na primeira questão, relativa à *Antiguidade na Instituição*, as respostas incidiram nas opções *Menos de 6 meses*, *Entre 6 e 12 meses*, e *Entre 1 e 5 anos*. A razão desta exclusão deve-se ao facto de a mudança ter ocorrido no final de 2005, pelo que estes participantes não a vivenciaram em pleno; excluíram-se ainda nove questionários, pois não respondiam à totalidade das questões. Assim sendo, o número total de participantes a incluir na amostra é de 169.

3.2. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é uma amostra aleatória ou probabilística simples, dado que foi recolhida através de um processo que assegura que todo e qualquer elemento, ou grupo de elementos, da população tem alguma probabilidade, calculável e igual a zero, de ser escolhido para integrar a amostra (Vicente, Reis, & Ferrão, 2001).

⁶ - Pessoal Médico, Técnico Superior de Saúde, Técnico Superior, Pessoal de Enfermagem, Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, Assistente Técnico, Assistente Operacional.

A amostra deste estudo integra: 19 colaboradores do grupo Pessoal Médico; seis do Técnico Superior de Saúde; 16 do Técnico Superior; 57 do Pessoal de Enfermagem; 11 do Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica; 25 do Assistente Técnico, e 35 do grupo Assistente Operacional.

4. Instrumento

Quando o investigador opta pelo inquérito por questionário deverá ter em conta os seguintes aspectos: planeamento do inquérito; preparação do questionário para recolha de dados; implementação do instrumento; análise dos resultados e posterior tratamento dos mesmos (Lima, 1995).

Quivy e Van Campenhoudt (1998) referem algumas vantagens deste instrumento, como a facilidade em conhecer a população e de questionar um grande número de indivíduos, analisar um fenómeno, e o custo reduzido associado. Estes autores salientam ainda, a importância de realizar um pré-teste do questionário, de forma a garantir a viabilidade do mesmo. Neste sentido, aplicou-se o questionário a alguns colaboradores do CHNE, nomeadamente, da Comissão de Ética e do Gabinete de Saúde Ocupacional.

O questionário, adaptado de Torres-Oliveira (2005), englobou um total de 15 questões de resposta obrigatória e uma outra de carácter facultativo (comentários que os inquiridos considerassem pertinentes), divididas em três partes distintas. O seu preenchimento foi estimado em 15 minutos. O questionário foi totalmente anónimo (cf. Anexo 2).

Seguiu-se o formato do questionário de Torres-Oliveira (2005), sendo que na Parte A foram solicitados aos inquiridos *dados sócio-profissionais*, a partir de questões de escolha múltipla como: *antiguidade na Instituição*; *antiguidade no Sector da Saúde*; *o grupo profissional*; *frequência de contacto directo com os utentes*; *o tempo médio de trabalho semanal* (antes e após a mudança); *o tipo de horário de trabalho* (antes e após a mudança); *o modo como se desloca para o local de trabalho* (antes e após a mudança) e *o tempo que, actualmente, depende para se deslocar para o local de trabalho*. De salientar que, na questão relativa ao *modo como se desloca para o seu local de trabalho*, ao contrário do questionário de Torres-Oliveira (2005) que apenas questiona o modo de deslocação, optou-se por interrogar o mesmo, antes e após a mudança, visto que alguns trabalhadores passaram a trabalhar em mais do que uma Unidade Hospitalar – tentou-se perceber de que modo a mudança poderia ter afectado a referida deslocação. Destaca-se, ainda, que não se

consideraram as restantes questões (e.g. idade, sexo, local de trabalho, remuneração), visto que o público-alvo deste estudo se mostrou, aquando do contacto inicial, apreensivo quanto à confidencialidade do questionário.

Para a elaboração da segunda parte do questionário, intitulada *Durante e após o CHNE*, procurou-se integrar as parte B e D, *Questionário sobre as condições de trabalho* e *Questionário das mudanças de trabalho*, respectivamente, do questionário de Torres-Oliveira (2005), dado que se ambicionou compreender qual a representação dos trabalhadores nos diferentes aspectos. Para o efeito, na primeira questão, relativa às condições de trabalho, adaptaram-se os itens dispostos no questionário de Torres-Oliveira (2005), com excepção dos últimos quatro itens - *tenho uma boa relação de trabalho com os meus colegas; o meu trabalho é mais valorizado; existe uma maior definição dos procedimentos de trabalho a realizar em cada Serviço; há uma melhoria da qualidade de trabalho* – os quais foram criados com vista a um dos objectivos específicos, particularmente, avaliar as representações que os trabalhadores têm sobre a influência que as novas condições de trabalho exercem na saúde e bem-estar. Da parte D do questionário de Torres-Oliveira (2005), apenas se utilizou a questão relativa à *mudança de horário*, para a qual foram adaptados os itens dispostos. A terceira questão apresentada, *relevância da participação na mudança*, foi criada de novo com o intuito de avaliar as representações que os trabalhadores têm sobre a relevância participativa no processo de mudança. Sublinha-se que, dado tratar-se de um grupo de questões inseridas na mesma parte do questionário, foi utilizada uma única escala com o indicador mínimo *Discordo totalmente* e, o indicador máximo *Concordo totalmente*.

Para a realização da terceira e última parte do instrumento, à qual se deu o nome de *Saúde física e mental*, foram adaptados os itens que se consideraram mais adequados para este estudo, correspondendo os mesmos a uma auto-avaliação do estado de saúde após a mudança. A escala utilizada apresentou como indicador mínimo *Nunca* e indicador máximo *Sempre*.

No final do questionário disponibilizou-se um espaço dedicado a comentários que os inquiridos tivessem interesse em partilhar. De referir que, para a realização do questionário, foi tida em conta a própria linguagem da Instituição, procurando aproximar o mais possível, o questionário à amostra do estudo.

5. Procedimentos

Numa primeira fase estabeleceu-se o contacto com o Conselho de Administração do CHNE, a fim de solicitar a autorização para desenvolver o estudo. Após o interesse demonstrado pelo Conselho de Administração na realização do estudo, estabeleceu-se um contacto pessoal, no qual foram abordadas as directrizes da investigação, sendo apresentado o estudo e os seus objectivos. Abordou-se ainda a questão da confidencialidade, com vista ao desenvolvimento de uma relação baseada na confiança e cooperação.

De modo a garantir a viabilidade do questionário procedeu-se, no dia 29 de Abril de 2011, à realização do pré-teste. A aplicação dos questionários teve início no dia 6 de Maio de 2011 e culminou no dia 24 de Setembro de 2011. Inicialmente a aplicação foi, apenas, por e-mail, sendo que a adesão ao preenchimento do questionário foi significativa, totalizando 65 participações, no dia 10 de Junho de 2011. Contudo, houve necessidade de administrar o questionário em formato de papel, visto que as respostas recepcionadas eram, em grande parte, de apenas três grupos profissionais: Pessoal Médico, Pessoal de Enfermagem e Assistente Técnico.

5.1. Recolha e tratamento de dados

Após o referido contacto procedeu-se à visita das diferentes Unidades Hospitalares (Mirandela, Macedo de Cavaleiros e Bragança) em conjunto com a Responsável da Unidade de Saúde Ocupacional, a fim de conhecer os diferentes Serviços e apresentar o estudo, solicitando a participação dos trabalhadores na realização do mesmo. Posteriormente, procedeu-se à recolha de dados. Para tal foi enviado um e-mail aos trabalhadores que, entre outros aspectos, referia a hiperligação que possibilitava aceder ao questionário; posteriormente, o questionário foi apresentado em formato de papel nos diferentes Serviços dos Hospitais, com o objectivo de obter mais participações no estudo.

Recolhidos os dados, iniciou-se a análise dos mesmos. Uma vez que se trata de um estudo de cariz quantitativo utilizaram-se o software SPSS e o Microsoft Excel, como ferramentas para operacionalizar este processo. Menciona-se ainda que, o questionário utilizado no estudo foi elaborado com o auxílio do Google Docs.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

1. Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados da aplicação do inquérito por questionário divididos do seguinte modo: análise descritiva; análise da fiabilidade das escalas; análise inferencial e correlacional.

1.1. Análise Descritiva

A análise que se segue incide sobre os 169 inquéritos por questionário validados dos diferentes grupos profissionais do CHNE. Segue-se a apresentação dos resultados relativos à primeira parte do questionário.

1.1.1. Caracterização Profissional

A distribuição dos respondentes por grupo profissional encontra-se na tabela seguinte (Tabela 1).

Tabela 1

Descrição do número de trabalhadores por categoria profissional				
Variável	Classes	N	%	Classe modal
Grupo profissional em que se insere	Pessoal Médico	19	11.2	Pessoal de Enfermagem
	Técnico Superior de Saúde	6	3.6	
	Técnico Superior	16	9.5	
	Pessoal de Enfermagem	57	33.7	
	Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	11	6.5	
	Assistente Técnico	25	14.8	
	Assistente Operacional	35	20.7	

O grupo profissional menos representado (3.6%, n=6) foi o grupo dos Técnicos Superiores de Saúde. De notar que, apesar de este ser o grupo profissional que menos participou no estudo trata-se na realidade, de 50% do total dos trabalhadores que integram este grupo profissional no CNHE (cf. Figura 1, p. 12).

1.1.2. Caracterização laboral

Na Tabela 2 encontram-se distribuídos os inquiridos, de acordo com sete parâmetros de caracterização laboral, designadamente: antiguidade na Instituição; antiguidade no sector da saúde; frequência de contacto directo com os utentes durante a actividade profissional; tempo médio de trabalho semanal (anterior a CHNE); tempo médio de

trabalho semanal (actualmente); tipo de horário (anterior a CHNE); tipo de horário (actualmente).

Tabela 2
Caracterização laboral dos participantes

Variável	Classes	N	%	Classe modal
Antiguidade na Instituição	Entre 6 a 10 anos	51	30.2	Entre 11 a 19 anos
	Entre 11 a 19 anos	60	35.5	
	Mais de 20 anos	58	34.3	
Antiguidade no Sector da Saúde	Entre 6 a 10 anos	33	19.5	Entre 11 a 19 anos
	Entre 11 a 19 anos	69	40.8	
	Mais de 20 anos	67	39.6	
Durante a sua actividade profissional tem contacto directo com os utentes	Por vezes	29	17.2	Sempre
	Regularmente	13	7.7	
	Quase sempre	16	9.5	
Tempo médio de trabalho semanal (anterior a CHNE)	Sempre	99	58.6	Entre 36 e 40 horas
	Até 35 horas	46	27.2	
	Entre 36 e 40 horas	81	47.9	
Tempo médio de trabalho semanal (actualmente)	Mais de 40 horas	42	24.9	Entre 36 e 40 horas
	Até 35 horas	40	23.7	
	Entre 36 e 40 horas	92	54.4	
Semanalmente no local de trabalho (anterior a CHNE)	Mais de 40 horas	37	21.9	Horário rígido
	Horário rígido	74	43.8	
	Horário contínuo	39	23.1	
Semanalmente no local de trabalho (actualmente)	Turnos	56	33.1	Horário rígido
	Horário rígido	71	42.0	
	Horário contínuo	55	32.5	
	Turnos	43	25.4	

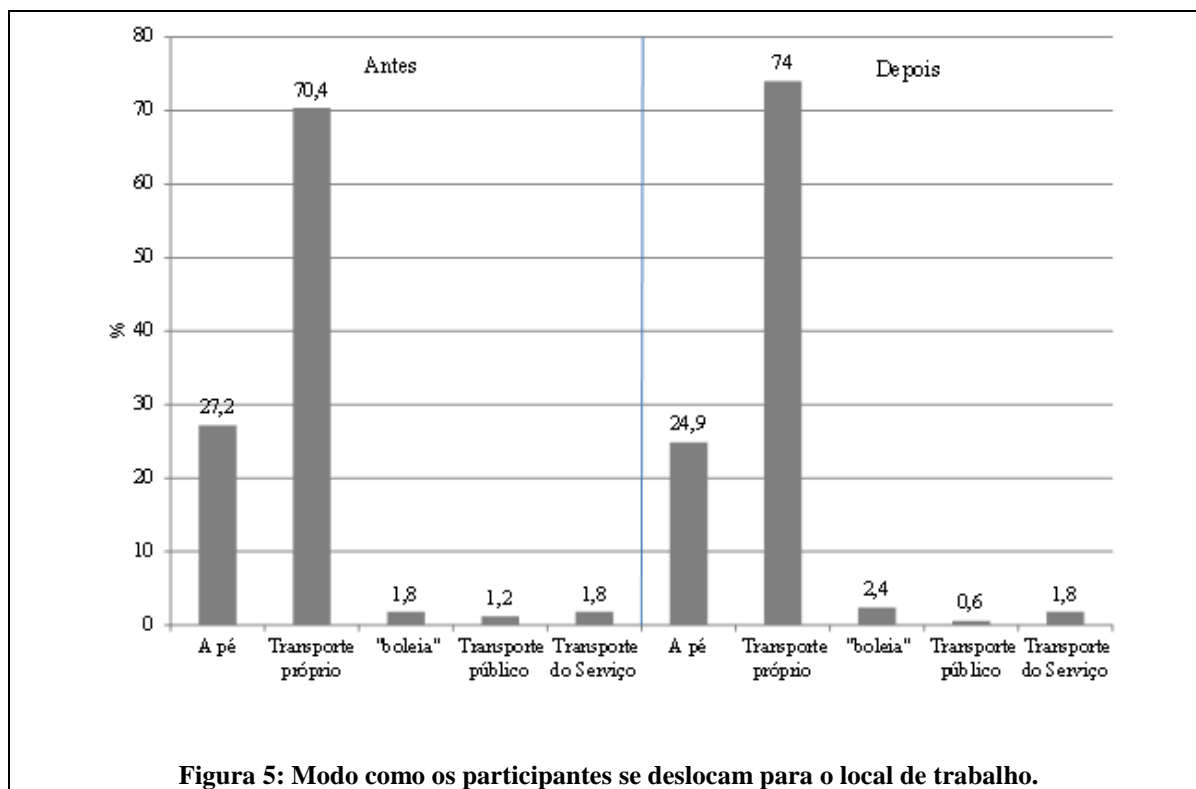
Constatou-se que a maioria da amostra do estudo tem uma antiguidade *entre 11 a 19 anos* (35.5%, n=60). Lembra-se que a antiguidade dos trabalhadores do CHNE mais representada é de *seis a dez anos* (cf. Figura 2, p. 13).

A carga horária de trabalho semanal mais representada foi *entre 36 a 40 horas*. A carga horária mencionada é mais representada actualmente (54.4%, n=92) do que antes da mudança (47.9%, n=81).

O horário de trabalho mais destacado foi o *horário rígido*. Verificou-se ainda que o referido horário é mais representado antes da mudança (43.8%, n=74) do que actualmente (42.0%, n=71).

1.1.3. Deslocação para o trabalho

Procurou-se fazer uma comparação entre o modo de locomoção para o local de trabalho, antes e depois da mudança. A distribuição das respostas encontra-se representada na Figura 5.



Verificou-se que o modo de deslocação dos inquiridos, antes e depois da mudança, não se alterou expressivamente. Contudo, salienta-se que após a mudança os inquiridos deslocam-se menos a pé e menos de transporte público, e mais de transporte próprio e de boleia; não se verificaram alterações no que respeita à deslocação feita por transporte do Serviço. As diferenças evidenciam a necessidade de deslocação a diferentes Unidades Hospitalares, durante o horário de trabalho, facto que até 2005 não era vivenciado pelos trabalhadores do CHNE.

Estes dados podem ser corroborados com os dados da Tabela 3, seguidamente apresentada, onde se comprova que a grande maioria dos inquiridos (94.7%, n=160) demora, actualmente, *menos de uma hora* na deslocação para o local de trabalho. Persiste ainda, uma minoria de inquiridos que pode demorar *entre uma a duas horas* (4.1%, n=7) ou, *mais de três horas* (1.2%, n=2). Os dados reportados parecem reflectir as características particulares de proximidade dos habitantes do Distrito de Bragança ao seu

local de trabalho, bem como a pouca acessibilidade a transportes públicos nas cidades e, entre cidades.

Tabela 3

Tempo de deslocação dos inquiridos para o local de trabalho

Variável	Classe	N	%	Classe modal
Quanto tempo despende, actualmente, para se deslocar para o seu local de trabalho (ida+volta)	Menos de uma hora	160	94.7	Menos de uma hora
	Entre uma a duas horas	7	4.1	
	Mais de três horas	2	1.2	

1.2. Análise das variáveis dependentes

A análise que se segue incide nos resultados relativos à segunda e terceira parte do questionário, relativas às condições de trabalho, mudança de horário, participação na mudança e, índice de bem-estar.

1.2.1. Condições de trabalho

Para estudar as condições de trabalho, após a mudança, optou-se por uma escala de Likert de cinco pontos, entre *Discordo totalmente* e *Concordo totalmente*, aplicada a 14 itens. Os resultados apresentam-se na Tabela 4.

Tabela 4

Condições de trabalho

Afirmações da Escala	Discordo totalmente	Discordo Bastante	Concordo	Concordo Bastante	Concordo totalmente
Posso determinar quando uma operação deve ser executada	8.3	18.9	<u>52.1</u>	12.4	8.3
Trabalho a um nível de habilitações superiores face à actividade profissional que desempenho	22.5	<u>36.1</u>	20.1	11.2	10.1
Perante situações ocasionais consigo reorganizar o trabalho de forma satisfatória	1.8	4.1	<u>45.6</u>	30.2	18.3
Conheço o meu plano de trabalho com a devida antecedência	5.9	11.2	<u>40.2</u>	23.7	18.9
O meu trabalho impede-me de desenvolver actividades extra-laborais	11.2	9.5	33.7	<u>34.3</u>	11.2
Realizo tarefas que não se relacionam com a minha função	7.7	9.5	<u>36.7</u>	31.4	14.8

Tabela 4

Condições de trabalho

Afirmações da Escala	Discordo totalmente	Discordo Bastante	Concordo	Concordo Bastante	Concordo totalmente
A minha actividade influencia a dos meus colegas	7.1	21.3	<u>38.5</u>	20.7	12.4
Quando me sinto cansado(a) a probabilidade de cometer um erro é maior, colocando a vida dos outros em risco	20.1	<u>26.6</u>	<u>26.6</u>	9.5	17.2
Disponho de pouco tempo para desempenhar todas as funções que me são atribuídas	9.5	<u>42.6</u>	32.5	11.2	4.1
Tenho horários compatíveis com a minha vida familiar	15.4	<u>33.7</u>	30.8	10.7	9.5
Tenho uma boa relação de trabalho com os meus colegas	9.5	21.9	<u>29.0</u>	14.2	25.4
O meu trabalho é mais valorizado	16.0	<u>33.1</u>	32.5	9.5	8.9
Existe uma maior definição dos procedimentos de trabalho a realizar em cada Serviço	7.1	<u>40.8</u>	37.3	10.7	4.1
Há uma melhoria da qualidade de trabalho	8.9	29.6	<u>47.9</u>	8.3	5.3

Verificou-se que os inquiridos têm alguma autonomia na determinação da altura de execução das suas operações e que não exercem funções acima das suas habilitações académica e/ou profissionais. Constatou-se ainda que os participantes têm alguma autonomia na reorganização do trabalho, sendo que conhecem o seu plano de trabalho com a devida antecedência. Os inquiridos revelaram que o trabalho os impede de desenvolverem actividades extra-laborais.

No binómio tarefa-função, os inquiridos demonstraram que realizam tarefas que não se relacionam com a sua função. No que se refere à co-actividade, os participantes referiram que o seu trabalho exerce influência nos outros e vice-versa.

No que respeita à probabilidade de cometer um erro, em consequência do cansaço, os inquiridos mostraram-se divididos entre a opção *Discordo bastante* e *Concordo* (26.6% para ambas as opções). Uma grande parte dos inquiridos *Discordam* (42.6%) de ter pouco tempo para desempenhar todas as funções que lhe são atribuídas.

Os participantes referiram não ter horários de trabalho compatíveis com a vida familiar.

Apesar da integração de novas equipas de trabalho verificou-se que os inquiridos têm uma boa relação de trabalho com os colegas. O trabalho não é mais valorizado.

Após a mudança não se verificou, expressivamente, uma melhoria na definição dos procedimentos de trabalho a realizar em cada Serviço. Porém, os inquiridos assinalaram uma melhoria na qualidade do trabalho.

Na Tabela 5 apresentam-se os itens dispostos segundo a polaridade da afirmação (+ positiva, - negativa) e as discordâncias ou concordâncias ponderadas. Estes dois últimos parâmetros foram obtidos através do somatório de *Discordo totalmente* e *Discordo bastante* para as discordâncias ponderadas e, *Concordo*, *Concordo bastante* e *Concordo totalmente* para as concordâncias ponderadas.

Tabela 5

Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas

Afirmações da Escala	Polaridade	Discordâncias ponderadas	Concordâncias ponderadas
Posso determinar quando uma operação deve ser executada	+	27.2	<u>72.8</u>
Trabalho a um nível de habilitações superiores face à actividade profissional que desempenho	-	<u>58.6</u>	41.4
Perante situações ocasionais consigo reorganizar o trabalho de forma satisfatória	+	5.9	<u>94.1</u>
Conheço o meu plano de trabalho com a devida antecedência	+	17.1	<u>82.8</u>
O meu trabalho impede-me de desenvolver actividades extra-laborais	-	20.7	<u>79.2</u>
Realizo tarefas que não se relacionam com a minha função	-	17.2	<u>82.9</u>
A minha actividade influencia a dos meus colegas	+	28.4	<u>71.6</u>
Quando me sinto cansado(a) a probabilidade de cometer um erro é maior, colocando a vida dos outros em risco	+	46.7	<u>53.3</u>
Disponho de pouco tempo para desempenhar todas as funções que me são atribuídas	-	<u>52.1</u>	47.8
Tenho horários compatíveis com a minha vida familiar	+	49.1	<u>50.9</u>
Tenho uma boa relação de trabalho com os meus colegas	+	31.4	<u>68.6</u>
O meu trabalho é mais valorizado	+	49.1	<u>50.9</u>
Existe uma maior definição dos procedimentos de trabalho a realizar em cada Serviço	+	47.9	<u>52.1</u>
Há uma melhoria da qualidade de trabalho	+	38.5	<u>61.5</u>

Na generalidade, os inquiridos posicionam-se de acordo com a polaridade da afirmação, com excepção de dois casos, designadamente: *O meu trabalho impede-me de desenvolver actividades extra-laborais* e *Realizo tarefas que não se relacionam com a minha função*.

No primeiro caso, 79.2% dos inquiridos têm uma posição positiva no que se refere ao impedimento que o trabalho implica no desenvolvimento de actividades extra-laborais. Tal facto poderá espelhar duas realidades possíveis: o trabalho impede-os de realizarem essas actividades por lhes ocupar muito tempo ou, por terminarem o trabalho demasiado exaustos para as poderem desenvolver. No caso seguinte, a grande maioria dos inquiridos posicionaram-se positivamente (82.9%), expressando a ideia de que após a mudança realizam tarefas que não se relacionam com as suas funções. As contingências actuais das organizações que reflectem, cada vez mais, maiores exigências e maior diversidade funcional aos seus trabalhadores, espelham a posição tão expressiva dos inquiridos.

Nas afirmações *Tenho horários compatíveis com a minha vida familiar* e *O meu trabalho é mais valorizado*, pressente-se uma divisão quase exacta da amostra, entre a discordância (49.1%) e a concordância (50.9%).

Criou-se uma nova variável, construída a partir do somatório das 14 afirmações, atribuindo às afirmações positivas cinco pontos à opção *Concordo totalmente*, quatro pontos *Concordo bastante*, três pontos a *Concordo*, dois pontos a *Discordo bastante* e, um ponto a *Discordo totalmente*. Contrariamente, às afirmações negativas atribui-se cinco pontos à opção *Discordo totalmente*, quatro pontos ao *Discordo bastante*, três pontos ao *Concordo*, dois pontos ao *Concordo bastante* e um ponto ao *Concordo totalmente*. Por último, o somatório obtido foi dividido pelo número de questões, resultando num valor ponderado, contínuo, limitado entre o valor 1.00 e 5.00. A Figura 6 apresenta a distribuição dos valores obtidos.

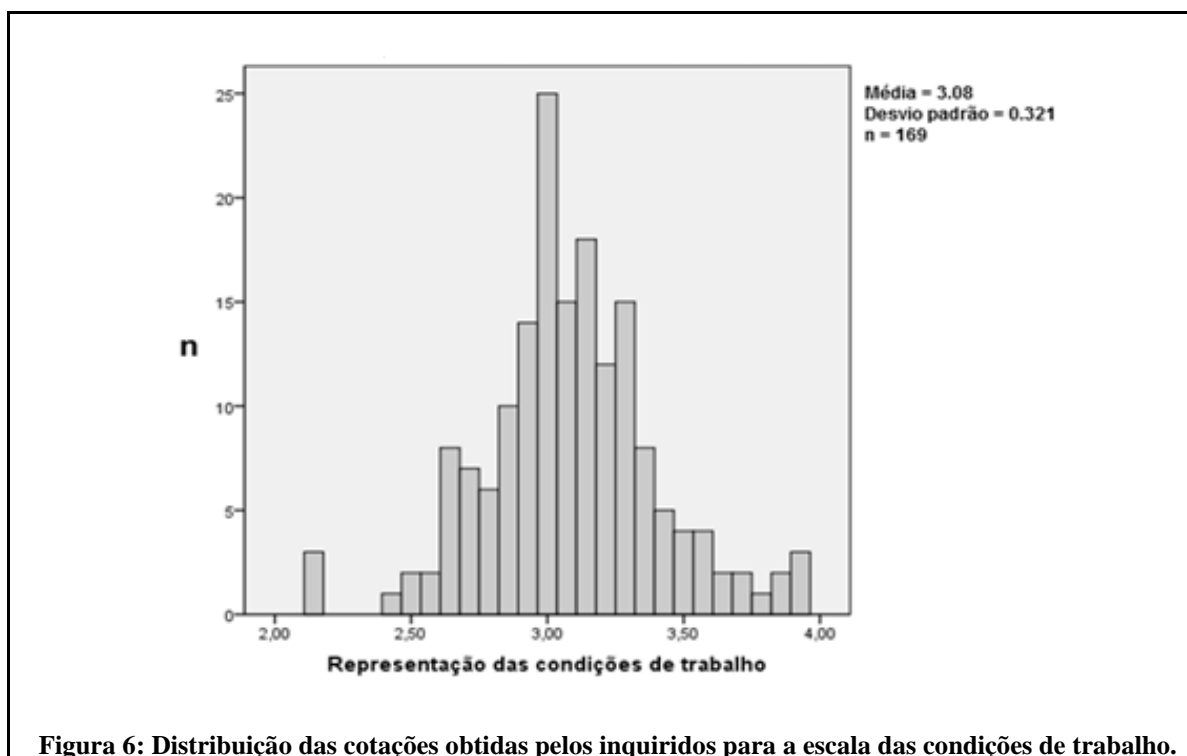


Figura 6: Distribuição das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala das condições de trabalho.

A distribuição das cotações obtidas é aproximada à distribuição normal com excepção dos limites superiores e inferiores, bem como alguns itens apresentados a meio da distribuição, os quais ultrapassam os valores esperados para a curva normal. De notar que estas cotações nunca atingiram os limites teóricos máximo e mínimos de 5.00 e 1.00 respectivamente, significando que os inquiridos não têm uma posição muito negativa, nem excessivamente positiva, em todos os itens da escala.

A média das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala das condições de trabalho foi de 3.084 ± 0.321 , a moda foi de 3.00, o valor máximo foi de 3.93 e o mínimo de 2.14. A assimetria foi positiva, no valor de 0.065, pelo que a distribuição da amostra é quase simétrica. Deste modo, compreendeu-se que a posição dos inquiridos se situa no ponto médio da escala para as condições de trabalho, denotando uma representação positiva (embora não demasiado positiva) face às condições de trabalho.

Em relação às novas condições de trabalho, os inquiridos demonstraram unanimidade, relativamente, à pouca interferência da mudança no aspecto mencionado. Apenas foi referido que esta mudança teve, na generalidade, implicações ao nível do aumento de desempenho de tarefas que não se relacionam com as respectivas funções bem como, a impossibilidade de realizarem actividades extra-laborais. De realçar que uma forte maioria (94.1%) revelou que, após a mudança, consegue organizar o trabalho de forma

satisfatória, sendo que 82.8% conhece o plano de trabalho com a devida antecedência. Para 61.5% dos participantes, após a mudança, houve uma melhoria da qualidade de trabalho, contrapondo aos restantes 38.5% dos inquiridos, que não consideram ter existido uma melhoria na qualidade do trabalho.

1.2.2. Mudança de horário

Para estudar a mudança de horário optou-se por uma escala de cinco pontos, entre *Discordo totalmente* e *Concordo totalmente*, aplicada a quatro itens. Os resultados apresentam-se na Tabela 6.

Tabela 6
Mudança de horário

Afirmações da Escala	Discordo totalmente	Discordo Bastante	Concordo	Concordo Bastante	Concordo totalmente
A mudança de horário conduziu a um impacto significativo na actividade profissional	20.7	<u>37.3</u>	33.7	3.0	5.3
A mudança de horário conduziu a um impacto significativo na vida familiar	18.3	<u>36.1</u>	33.1	5.3	7.1
Esta mudança de horário foi inesperada	29.0	<u>33.7</u>	26.0	4.1	7.1
Esta mudança de horário era necessária	29.6	<u>36.7</u>	29.6	3.0	1.2

Verificou-se que a mudança de horário não conduziu a um impacto significativo na actividade profissional. Também a nível familiar, a mudança de horário não teve um impacto notável.

A maioria dos inquiridos contava com a existência de uma mudança de horário. Contudo, demonstraram não estar de acordo com esta mudança.

Na Tabela 7 apresentam-se os itens dispostos segundo a polaridade da afirmação (+ positiva, - negativa) e as discordâncias ou concordâncias ponderadas, para a qual foi utilizado o procedimento descrito, anteriormente, na página 27.

Tabela 7

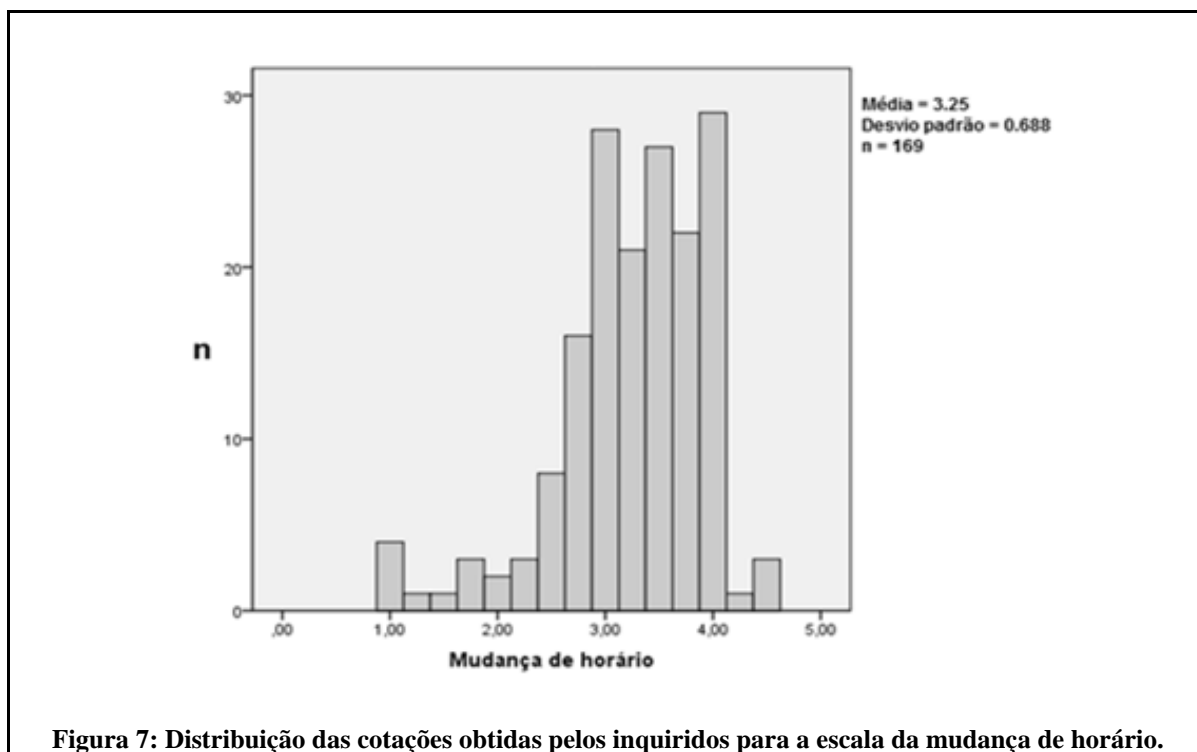
Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas

Afirmações da Escala	Polaridade	Discordâncias ponderadas	Concordâncias ponderadas
A mudança de horário conduziu a um impacto significativo na actividade profissional	-	<u>58.0</u>	42.0
A mudança de horário conduziu a um impacto significativo na vida familiar	-	<u>54.4</u>	45.5
Esta mudança de horário foi inesperada	-	<u>62.7</u>	37.2
Esta mudança de horário era necessária	+	<u>66.3</u>	33.8

Na generalidade, os inquiridos posicionam-se de acordo com a polaridade da afirmação, com excepção de um caso, nomeadamente: *Esta mudança era necessária*, uma vez que 66.3% considera que não havia necessidade da mudança de horário.

As respostas obtidas corroboram os resultados analisados na Tabela 6, isto é, a mudança de horário não teve um impacto significativo quer ao nível profissional, quer ao nível familiar. Mais ainda salienta-se que, uma percentagem considerável de participantes apontou um impacto significativo da mudança de horário na vida profissional e familiar (42.0% e 45.5%, respectivamente).

Para operacionalizar outra nova variável, foi seguido o procedimento referido, anteriormente, na página 28. A Figura 7 apresenta a distribuição dos valores obtidos.



A distribuição das cotações obtidas mostraram um aumento exponencial desde a cotação de 2.50 até à 4.00 decrescendo, abruptamente, até ao 4.50. De notar que estas as cotações atingiram o limite teórico mínimo de 1.00, significando que os inquiridos têm uma posição muito negativa em todos os itens da escala.

A média das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala da mudança de horário foi de 3.253 ± 0.688 , e a moda foi de 4.00. A assimetria foi negativa, no valor de -1.111, pelo que a distribuição da amostra é assimétrica, com pendor para os valores inferiores da escala. Desta análise foi possível inferir que a posição dos inquiridos se situa no ponto médio da escala para a mudança de horário, denotando uma representação positiva (embora não demasiado positiva) face a esta mudança.

1.2.3. Participação na mudança

Para estudar a participação na mudança optou-se por uma escala de cinco pontos, entre *Discordo totalmente* e *Concordo totalmente*, aplicada a quatro itens. Os resultados apresentam-se na Tabela 8.

Tabela 8
Participação na mudança

Afirmações da Escala	Discordo totalmente	Discordo bastante	Concordo	Concordo Bastante	Concordo totalmente
Tive conhecimento prévio da mudança	22.5	25.4	<u>41.4</u>	4.7	5.9
Fui esclarecido quanto às razões que conduziram à mudança	27.2	29.6	<u>36.1</u>	3.0	4.1
Recebi formação adequada que me possibilitou uma melhor preparação para a mudança	33.7	<u>41.4</u>	21.9	3.0	0.0
Durante a mudança recebi formação que me possibilitou integrar eficazmente na nova estrutura organizacional	33.7	<u>39.1</u>	24.3	3.0	0.0

Verificou-se que os inquiridos tiveram conhecimento prévio da mudança, tendo sido esclarecidos quanto às razões que conduziram à mesma. Contudo, foi possível constatar que os participantes não receberam qualquer tipo de formação, isto é, formação que permitisse uma melhor preparação para a mudança e durante a mesma, de modo a possibilitar uma integração eficaz na nova estrutura organizacional.

Na Tabela 9 apresentam-se os itens dispostos segundo a polaridade da afirmação (+ positiva, - negativa) e as discordâncias ou concordâncias ponderadas, para a qual foi utilizado o procedimento descrito na página 27 deste trabalho.

Tabela 9

Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas

Afirmações da Escala	Polaridade	Discordâncias ponderadas	Concordâncias ponderadas
Tive conhecimento prévio da mudança	+	47.9	<u>52.0</u>
Fui esclarecido quanto às razões que conduziram à mudança	+	<u>56.8</u>	43.2
Recebi formação adequada que me possibilitou uma melhor preparação para a mudança	+	<u>75.1</u>	24.9
Durante a mudança recebi formação que me possibilitou integrar eficazmente na nova estrutura organizacional	+	<u>72.8</u>	27.3

Na generalidade, os inquiridos não se posicionaram de acordo com a polaridade da afirmação, com excepção de um caso, designadamente: *Tive conhecimento prévio da mudança*. Sublinha-se ainda que, embora os inquiridos se posicionem de acordo com a polaridade da afirmação, mostram alguma divisão, visto que uma porção considerável de 47.9% mostrou não ter conhecimento da mudança.

No que se refere ao esclarecimento das razões que conduziram à mudança, 56.8% dos participantes posicionou-se, negativamente, revelando não ter sido esclarecido quanto às razões que conduziram à mudança.

Quanto à formação recebida antes e durante a mudança, verificou-se que a grande maioria dos participantes (75.1% e 72.8% respectivamente) posicionaram-se negativamente, salientando que não receberam formação durante estes períodos, impedindo uma melhor preparação para a mudança, bem como uma integração mais eficaz na nova estrutura organizacional.

Para concretizar uma nova variável, foi seguido o mesmo procedimento referido, anteriormente, na página 28. A Figura 8 apresenta a distribuição dos valores obtidos.

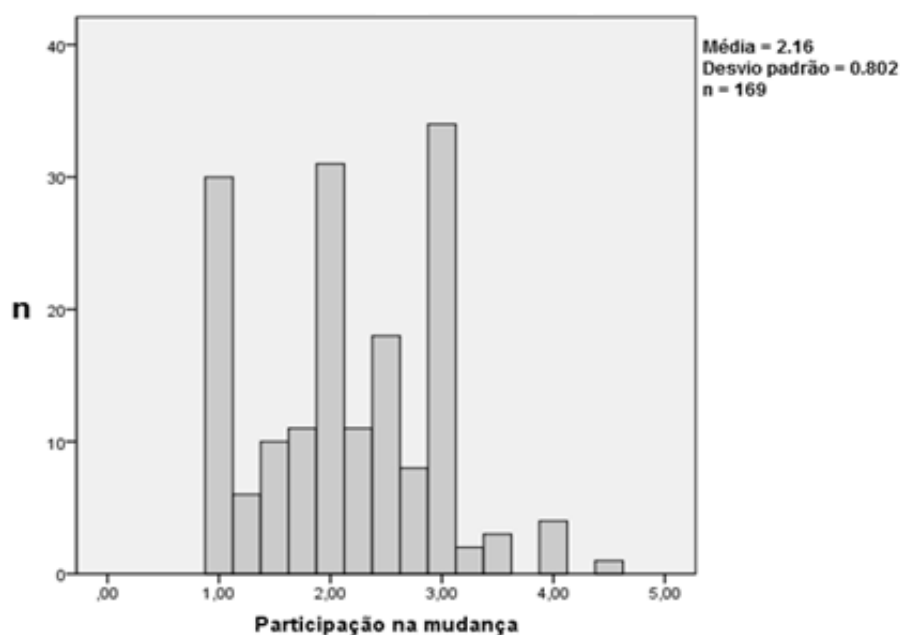


Figura 8: Distribuição das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala da participação na mudança.

A distribuição das cotações obtidas é algo irregular com as pontuações baixas muito representadas, sendo as pontuações altas muito fracamente evidenciadas. Assinala-se que os inquiridos posicionaram-se de tal forma que, atingiram o limite teórico mínimo de 1.00 e nunca atingiram o limite teórico máximo de 5.00. Estes resultados demonstraram que os inquiridos têm uma posição muito negativa em quase todos os itens da escala.

A média das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala da participação na mudança foi de 2.159 ± 0.802 , e a moda foi de 3.00. A assimetria foi positiva, no valor de 0.175, pelo que a distribuição da amostra é simétrica, com inclinação para os valores inferiores da escala. Concluiu-se que a posição dos inquiridos se situa no segundo ponto da escala para a participação na mudança, indicando uma representação negativa face à participação.

Os resultados evidenciaram que os trabalhadores não foram, devidamente, preparados pela empresa para o processo de mudança. Isto porque, como se pôde constatar, maioritariamente, os inquiridos revelaram que não receberam formação, antes e/ou durante a mudança como também, não foram esclarecidos dos motivos que desencadearam este processo.

1.2.4. Índice de bem-estar

Para estudar o índice de bem-estar, após a mudança, optou-se por uma escala de cinco pontos, entre *Nunca* e *Sempre*, aplicada a 19 itens. Os resultados apresentam-se na Tabela 10.

Tabela 10
Índice de bem-estar

Afirmações da Escala	Nunca	Por vezes	Regularmente	Quase sempre	Sempre
Sinto-me mais activo(a)	17.8	<u>40.2</u>	24.9	10.1	7.1
Sinto-me desmoralizado(a) com o meu trabalho	15.4	<u>57.4</u>	16.0	7.1	4.1
Sou pressionado(a) pela chefia	32.0	<u>49.7</u>	11.2	3.6	3.6
Tenho insónias por causa da minha actividade profissional	33.7	<u>50.9</u>	11.2	3.0	1.2
Sinto-me mais stressado(a)	18.9	<u>53.3</u>	17.8	4.7	5.3
Sinto-me capaz de ultrapassar os desafios profissionais	2.4	13.6	28.4	<u>36.1</u>	19.5
Não consigo estruturar o meu pensamento	43.2	<u>45.6</u>	5.9	3.0	2.4
Tenho vontade de faltar ao trabalho	36.7	<u>50.9</u>	5.9	3.6	3.0
Sinto-me fisicamente esgotado(a)	18.9	<u>66.3</u>	11.2	1.2	2.4
Sinto-me psicologicamente esgotado(a)	19.5	<u>63.3</u>	11.8	2.4	3.0
Sinto-me cheio de energia	8.3	<u>46.2</u>	27.2	16.0	2.4
Esqueço-me de realizar tarefas importantes	<u>66.3</u>	32.5	0.6	0.6	0.0
Tenho um bom desempenho no meu trabalho	1.2	5.3	18.3	<u>46.7</u>	28.4
Comunico facilmente com os meus colegas	1.8	4.1	11.8	<u>43.8</u>	38.5
Sou dinâmico(a) no meu trabalho	0.0	2.4	19.5	<u>51.5</u>	26.6
Quando trabalho esqueço a fadiga	1.2	25.4	25.4	<u>33.1</u>	14.8
Sinto-me angustiado(a) com o meu trabalho	30.8	<u>50.9</u>	12.4	3.0	3.0
Estou mais exposto(a) a acidentes de trabalho	27.8	<u>49.7</u>	17.2	1.8	3.6
Sinto-me mais saudável	23.1	<u>42.0</u>	22.5	5.3	7.1

Constatou-se que os participantes se sentem, ocasionalmente, mais activos e com energia. Na maior parte das vezes, os inquiridos sentem-se capazes de ultrapassar os desafios profissionais com que se deparam. De igual modo, sentem que são dinâmicos na realização do seu trabalho, conseguindo ter um bom desempenho no mesmo.

Na afirmação *Sinto-me mais saudável*, 42.0% das respostas incidiram na opção *Por vezes*. De notar que ainda no que respeita a este item, foi possível constatar que 23.1% nunca se sente mais saudável.

Após a mudança, 43.8% dos intervenientes comunica, quase sempre, facilmente com os seus colegas de trabalho.

A maioria dos participantes (57.4%) normalmente não se sente desmoralizado com o trabalho, traduzindo a satisfação que têm pelo mesmo. Por outro lado, sublinha-se que 50.9% dos intervenientes revelou que, após a mudança, sente-se *por vezes* angustiado com o seu trabalho.

Após a mudança, 53.3% dos inquiridos sente-se mais stressado no trabalho, apesar de não serem pressionados, na maior parte das vezes, pelas respectivas chefias. A maioria dos inquiridos *por vezes* tem vontade de faltar ao trabalho.

De notar que 49.7% dos inquiridos demonstraram que, *por vezes*, estão mais expostos a acidentes de trabalho. Salienta-se que, apenas seis participantes escolheram a opção *Sempre*.

Quanto à realização de tarefas importantes, 66.3% dos intervenientes referiu *nunca* se esquecer de concretizar as mesmas. Salienta-se ainda, na informação correspondente que, nenhum dos participantes (0.0%) escolheu a opção *Sempre*.

Uma grande maioria sente-se *por vezes* fisicamente e psicologicamente esgotado, facto que os leva a ter, *por vezes*, insónias por causa da sua actividade profissional. Sublinha-se ainda que, 45.6% dos participantes não conseguem, *por vezes*, estruturar o seu pensamento.

No que respeita ao binómio trabalho-fadiga, 33.1% dos participantes escolheu a opção *Quase sempre* mostrando que, na maioria das vezes, conseguem esquecer a fadiga quando realizam o seu trabalho. Apenas dois participantes demonstraram não esquecer a fadiga, enquanto trabalham, escolhendo a opção *Nunca*.

Na Tabela 11, posteriormente apresentada, apresentam-se os itens dispostos segundo a polaridade da afirmação (+ positiva, - negativa) e as discordâncias ou concordâncias ponderadas. Estes dois últimos parâmetros foram obtidos através do somatório de *Nunca* e *Por vezes* para a discordância ponderada e, *Regularmente*, *Quase sempre* e *Sempre* para as concordâncias ponderadas.

Tabela 11

Afirmações da escala segundo a polaridade, discordâncias e concordâncias ponderadas

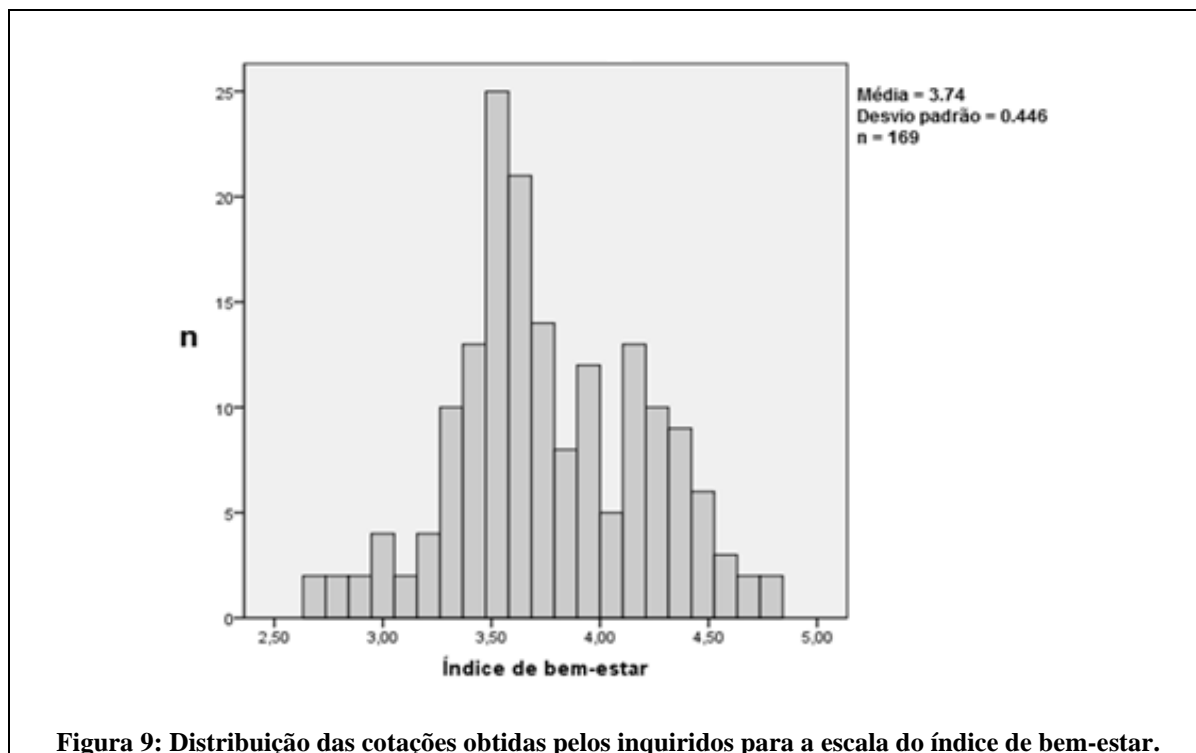
Afirmações da Escala	Polaridade	Ponderação	
		Negativa	Positiva
Sinto-me mais activo(a)	+	<u>58.0</u>	42.1
Sinto-me desmoralizado(a) com o meu trabalho	-	<u>72.8</u>	27.2
Sou pressionado(a) pela chefia	-	<u>81.7</u>	18.4
Tenho insónias por causa da minha actividade profissional	-	<u>84.6</u>	15.4
Sinto-me mais stressado(a)	-	<u>72.2</u>	27.8
Sinto-me capaz de ultrapassar os desafios profissionais	+	16.0	<u>84.0</u>
Não consigo estruturar o meu pensamento	-	<u>88.8</u>	11.3
Tenho vontade de faltar ao trabalho	-	<u>87.6</u>	12.5
Sinto-me fisicamente esgotado(a)	-	<u>85.2</u>	14.8
Sinto-me psicologicamente esgotado(a)	-	<u>82.8</u>	17.2
Sinto-me cheio de energia	+	<u>54.5</u>	45.6
Esqueço-me de realizar tarefas importantes	-	<u>98.8</u>	1.2
Tenho um bom desempenho no meu trabalho	+	6.5	<u>93.4</u>
Comunico facilmente com os meus colegas	+	5.9	<u>94.1</u>
Sou dinâmico(a) no meu trabalho	+	2.4	<u>97.6</u>
Quando trabalho esqueço a fadiga	+	26.6	<u>73.3</u>
Sinto-me angustiado(a) com o meu trabalho	-	<u>81.7</u>	20.4
Estou mais exposto(a) a acidentes de trabalho	-	<u>77.5</u>	22.6
Sinto-me mais saudável	+	<u>65.1</u>	34.9

Denotou-se que após a mudança, 58.0% dos inquiridos não se sente mais activo no trabalho. De igual modo, 54.5% dos participantes revelaram não se sentirem com muita energia no trabalho.

Importa referir que 65.1% dos inquiridos teve uma posição negativa face ao último item apresentado comprovando que, após a mudança, um número significativo de trabalhadores não se sente mais saudável.

A partir do somatório das 19 afirmações, operacionalizou-se uma variável de novo, atribuindo às afirmações positivas, cinco pontos à opção *Sempre*, quatro pontos *Quase sempre*, três pontos a *Regularmente*, dois pontos a *Por vezes* e, um ponto a *Nunca*. Contrariamente, às afirmações negativas atribuiu-se cinco pontos à opção *Nunca*, quatro pontos ao *Por vezes*, três pontos ao *Regularmente*, dois pontos ao *Quase sempre* e um ponto ao *Sempre*. Por último, o somatório obtido foi dividido pelo número de questões,

resultando num valor ponderado, contínuo, limitado entre o valor 1.00 e 5.00. A Figura 9 mostra a distribuição dos valores obtidos.



Verificou-se que a distribuição das pontuações obtidas resultou numa aproximação a uma curva sigmóide, com um valor mínimo de 2.68 e máximo de 4.79, nunca atingindo dos valores teóricos mínimos e máximos de 1.00 e 5.00.

A média das cotações obtidas pelos inquiridos para a escala do índice de bem-estar foi de 3.737 ± 0.445 , e a moda foi de 3.53. A assimetria foi positiva, com o valor de 0.092, pelo que a distribuição da amostra é quase simétrica, com ligeira inclinação para os valores superiores da escala. Foi possível concluir que a posição dos inquiridos se situa entre o ponto médio e o quarto ponto da escala (*Regularmente* e *Quase sempre*) para o índice de bem-estar, revelando uma representação positiva face ao bem-estar após a mudança.

Os aspectos mais negativos que os trabalhadores inquiridos destacaram foram: não se sentirem mais activos, nem cheios de energia e, por isso, não se sentirem mais saudáveis. Em contrapartida, destacaram os seguintes aspectos positivos: estão mais dinâmicos no trabalho; comunicam, com mais facilidade, com os seus colegas de trabalho; quando trabalham esquecem a fadiga; sentem-se capazes de ultrapassar desafios profissionais; não têm insónias por causa da sua actividade profissional; não se sentem

desmoralizados com o trabalho e não são pressionados pela chefia. Denota-se que os inquiridos avaliam, positivamente, o seu estado de saúde e bem-estar.

1.3. Análise da fiabilidade das dimensões de escala

Tratando-se de um questionário adaptado e com itens criados de novo, bem como a dimensão participação na mudança, procedeu-se à verificação do seu nível de consistência interna. Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006) o teste de fiabilidade pelo Alfa de Cronbach, apesar de não ser o único teste disponível, é uma técnica estatística universalmente aceite para o efeito. Este teste permite determinar a consistência interna de uma medida psicológica e é requerida para provar se a medida (escalas) é fiável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). O resultado da aplicação estatística de fiabilidade, às quatro dimensões, apresenta-se na tabela que se segue (Tabela 12).

Tabela 12
Estatística de fiabilidade às quatro dimensões do estudo

Dimensões	Casos	N	%	Alfa de Cronbach	N.º de Itens	Crítério de Fiabilidade Murphy & Davidsholder 1988*
Condições de trabalho	Amostra	169	100.0	0.663	14	Fiabilidade baixa
	Excluídos ^a	0	0.0			
	Total	169	100.0			
Mudança de horário	Amostra	169	100.0	0.728	4	Fiabilidade baixa
	Excluídos ^a	0	0.0			
	Total	169	100.0			
Participação na mudança	Amostra	169	100.0	0.869	4	Fiabilidade moderada a elevada
	Excluídos ^a	0	0.0			
	Total	169	100.0			
Índice de bem-estar	Amostra	169	100.0	0.822	19	Fiabilidade moderada a elevada
	Excluídos ^a	0	0.0			
	Total	169	100.0			

^aExclusão de Listwise com base em todas as variáveis incluídas no procedimento.

*Citados por Maroco & Garcia-Marques (2006)

Analisando o valor encontrado para o Alfa de Cronbach de 0.663, para a dimensão das condições de trabalho, e atendendo aos critérios de recomendação de fiabilidade estimada pelo α de Cronbach (Murphy & Davidsholder 1988 cit. in Maroco & Garcia-Marques, 2006) foi possível verificar que se trata de uma fiabilidade baixa, embora aceitável (valor de referência de fiabilidade baixa, $\alpha = 0.7$). O mesmo se verificou para a dimensão mudança de horário, com um Alfa de Cronbach de 0.728.

De acordo com o valor encontrado para o Alfa de Cronbach de 0.869, para a dimensão da participação na mudança constatou-se que se trata de uma fiabilidade moderada a elevada, visto que o valor de referência de fiabilidade moderada a elevada, é de $\alpha = 0.8-0.9$ (Murphy & Davidsholder, 1988 cit. in Maroco & Garcia-Marques, 2006). Do mesmo modo, na dimensão índice de bem-estar, o valor encontrado para o Alfa de Cronbach de 0.822 traduz uma fiabilidade moderada a elevada.

1.4. Análise da questão de resposta aberta

No que respeita ao último campo de preenchimento do inquérito por questionário obteve-se um número de respostas muito baixo, isto é, em 169 questionários validados, apenas responderam a esta questão dez inquiridos. Por outro lado, as respostas dadas foram respostas muito sumárias. Deste modo, entendeu-se desnecessário proceder à análise de conteúdo de forma extensiva. Assim, em jeito de síntese das respostas dadas a esta parte do inquérito, salienta-se que os inquiridos mostraram um grande descontentamento com a situação de mudança, traduzidos em representações de desvalorização do trabalho, desmotivação, falta de condições de trabalho e críticas generalizadas. Os resultados apresentam-se listados no Anexo 3.

1.5. Análise inferencial

Com o intuito de *avaliar as representações dos diferentes grupos profissionais sobre a mudança*, procedeu-se à análise inferencial entre as quatro dimensões estudadas e o grupo profissional. Os resultados são apresentados na Tabela 13.

Tabela 13

Oneway ANOVA: Dimensões Representação das condições de trabalho, Mudança de horário, Participação na mudança e Índice de bem-estar em função do Grupo profissional

Dimensões		Soma dos quadrados	gl	Quadrado da média	F	Sig.
Representação das condições de trabalho * Grupo profissional em que se insere	Entre grupos	1.813	6	0.302	3.155	0.006**
	Dentro dos grupos	15.517	162	0.096		
	Total	17.330	168			
Mudança de horário * Grupo profissional em que se insere	Entre grupos	9.238	6	1.540	3.544	0.003**
	Dentro dos grupos	70.386	162	0.434		
	Total	79.624	168			

Tabela 13

Oneway ANOVA: Dimensões Representação das condições de trabalho, Mudança de horário, Participação na mudança e Índice de bem-estar em função do Grupo profissional

Dimensões		Soma dos quadrados	gl	Quadrado da média	F	Sig.
Participação na mudança * Grupo profissional em que se insere	Entre grupos	7.634	6	1.272	2.052	0.062 ^{ns}
	Dentro dos grupos	100.427	162	0.620		
	Total	108.061	168			
Índice de bem-estar * Grupo profissional em que se insere	Entre grupos	0.760	6	0.127	0.630	0.706 ^{ns}
	Dentro dos grupos	32.602	162	0.201		
	Total	33.363	168			

Da análise da Tabela foi possível confirmar que o grupo profissional tem influência significativa (com um nível de significância inferior a 0.01), em apenas duas dimensões: as condições de trabalho e a mudança de horário. Por outro lado, a participação na mudança e o índice de bem-estar não são influenciados pelo grupo profissional a que o indivíduo pertence. De acordo com a Tabela 14 podemos verificar as diferenças entre os grupos para as dimensões de interesse.

Tabela 14

Estatística descritiva das Dimensões Representação das condições de trabalho, Mudança de horário, Participação na mudança e Índice de bem-estar em função do Grupo profissional

Grupo profissional em que se insere		Representação das condições de trabalho	Mudança de horário	Participação na mudança	Índice de bem-estar
Pessoal Médico n= 19	Média	3.3271	3.5132	2.3553	3.7673
	Desvio padrão	0.33614	0.56195	0.90260	0.38168
Técnico Superior de Saúde n= 6	Média	3.1548	2.5000	1.5000	3.5000
	Desvio padrão	0.27262	0.65192	0.41833	0.23479
Técnico Superior N= 16	Média	2.9464	3.4687	2.1562	3.6711
	Desvio padrão	0.20784	0.47324	0.71224	0.60086
Pessoal de Enfermagem N= 57	Média	3.1040	3.0921	2.2719	3.7184
	Desvio padrão	0.21643	0.75686	0.72930	0.36795
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica n= 11	Média	3.1104	2.9545	1.7727	3.6603
	Desvio padrão	0.40578	0.94748	0.61699	0.56164
Assistente Técnico N=25	Média	2.9886	3.4500	1.9200	3.8042
	Desvio padrão	0.35456	0.56366	0.85914	0.50927
Assistente Operacional N= 35	Média	3.0306	3.2530	2.2786	3.8000
	Desvio padrão	0.39019	0.68844	0.87399	0.46427
Total N= 169	Média	3.0841	2.2944	2.1598	3.7375
	Desvio padrão	0.32118	0.76781	0.80201	0.44563

Analisando a tabela anterior verificou-se que o Pessoal Médico (3.3271 ± 0.33614) apresentou uma pontuação superior para a representação das condições de trabalho, seguido pelos grupos Técnico Superior de Saúde (3.1548 ± 0.27262), Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (3.1104 ± 0.40578), Pessoal de Enfermagem (3.1040 ± 0.21643), Assistentes Operacionais (3.0306 ± 0.39019) e Assistentes Técnicos (2.9886 ± 0.35456). O grupo dos Técnicos Superiores foi o que apresentou pior pontuação (2.9464 ± 0.20784) na referida dimensão. Estas diferenças provaram ser estatisticamente muito significativas, com um valor de p de 0.006. Os resultados provaram que a mudança implicou melhores representações das condições de trabalho, embora não muito expressivas, para uns em detrimento de outros.

Quanto à mudança de horário, a ordem decrescente de pontuações obtidas é: Pessoal Médico (3.5132 ± 0.56195); Técnicos Superiores (3.4687 ± 0.47324); Assistentes Técnicos (3.4500 ± 0.56366); Pessoal de Enfermagem (3.0921 ± 0.75686); Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (2.9545 ± 0.94748); Técnico Superior de Saúde (2.5000 ± 0.65192) e Assistentes Operacionais (2.2944 ± 0.76781). Estas diferenças provaram ser estatisticamente muito significativas, com um valor de p de 0.003. Os resultados demonstraram que a mudança de horário é vista, pelos trabalhadores, como mais positiva para uns do que para outros. Os grupos que sentiram mais a mudança de horário foram o Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, Técnico Superior de Saúde e o grupo dos Assistentes Operacionais, sendo que revelaram ter uma representação negativa face à mencionada dimensão. Salienta-se ainda que neste caso, o grupo Técnico Superior, ao contrário da dimensão condições de trabalho, tem uma representação positiva face à mudança de horário.

No que respeita à participação na mudança esta foi, sem dúvida, a dimensão que obteve médias mais baixas, sendo que todos os grupos avaliaram, negativamente, a relevância da sua participação na mudança. A ordem crescente das médias obtidas é: Técnico Superior de Saúde (1.5000 ± 0.41833); Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (1.7727 ± 0.61699); Assistente Técnico (1.9200 ± 0.85914); Técnico Superior (2.1562 ± 0.71224); Pessoal de Enfermagem (2.2719 ± 0.72930); Assistente Operacional (2.2786 ± 0.87399) e, por último, Pessoal Médico (2.3553 ± 0.90260). Estas diferenças provaram não ser estatisticamente significativas, com um valor p de 0.062. De facto, as representações quanto à relevância participativa no processo de mudança não diferem muito consoante o grupo profissional.

Por fim, na dimensão índice de bem-estar as médias foram muito positivas. O grupo que se mostrou mais satisfeito com o seu estado de saúde após a mudança foi o Assistente Técnico (3.8042 ± 0.50927) seguido dos grupos, Assistente Operacional (3.8000 ± 0.46427), Pessoal Médico (3.7673 ± 0.38168), Pessoal de Enfermagem (3.7184 ± 0.36795), Técnico Superior (3.6711 ± 0.60086), Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (3.6603 ± 0.56164) e o Técnico Superior de Saúde (3.5000 ± 0.23479). As diferenças mencionadas não foram estatisticamente significativas, com um valor de p de 0.706, demonstrando que a representação do estado de saúde e índice de bem-estar não difere segundo o grupo profissional.

Para compreender de que modo as novas condições de trabalho influenciam o bem-estar dos trabalhadores estabeleceu-se a correlação de Pearson entre as representações das condições de trabalho e o índice de bem-estar (Tabela 15).

Tabela 15

Correlação de Pearson entre as Representações das condições de trabalho e o Índice de bem-estar

Representação das condições de trabalho	Índice de bem-estar	
	Correlação de Pearson	0.320**
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	169

** . A correlação é significativa ao nível de 0.01 (bilateral)

A correlação entre as duas dimensões é positiva (0.320), sendo bastante significativa (0.000), isto é, quando aumenta a representação das condições de trabalho, aumenta também o índice de bem-estar. As novas condições de trabalho influenciam bastante o índice de bem-estar.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

Com a realização do inquérito por questionário, dirigido aos trabalhadores do CHNE, foi evidente a incidência da mudança quer ao nível da estrutura, quer ao nível das pessoas e dos grupos.

Quanto à representação que os trabalhadores têm da mudança, este estudo conseguiu demonstrar que, por um lado os trabalhadores não se sentem desmoralizados com o trabalho, embora se sintam angustiados com o mesmo e, por outro lado, que a representação das condições de trabalho e da mudança de horário são significativamente influenciadas pelo grupo profissional. A participação na mudança e o índice de bem-estar não são influenciados pelo grupo profissional em que o indivíduo se insere.

Os grupos profissionais que demonstram maior satisfação com a mudança, de um modo geral, foram o Pessoal Médico e o Assistente Operacional. Por sua vez, o Técnico Superior de Saúde é o que se evidencia menos optimista com a mudança, seguido pelo Técnico Superior, pelo Assistente Técnico, pelo Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e, por fim, pelo Pessoal de Enfermagem. Conclui-se que a satisfação nos dois primeiros grupos, acima referidos, deve-se à representação das condições de trabalho, à mudança de horário e, ao índice de bem-estar. Quanto à participação na mudança, foram os grupos profissionais que obtiveram uma pontuação mais alta, embora igualmente negativa.

No que respeita à primeira questão de investigação, os resultados apresentados demonstram que a mudança conduz a um aumento do desempenho de tarefas que não se relacionam com a função do trabalhador, o que o impossibilita de realizar actividades extra-laborais. Contudo, o seu trabalho não é mais valorizado, o que é reforçado com o comentário A “A desvalorização do trabalho dos profissionais empenhados e que gostam de desempenhar bem as tarefas atribuídas leva à desmotivação, sentimento geral dos profissionais do CHNE.” (cf. Anexo 3). Por sua vez, verifica-se uma maior definição dos procedimentos a realizar em cada Serviço, facto que permite aos trabalhadores conhecerem o seu plano de trabalho com a devida antecedência e, conseqüentemente, organizarem o seu trabalho de forma satisfatória. Apesar da integração de novas equipas de trabalho, os trabalhadores mostram-se satisfeitos com esta condição, dado que têm uma boa relação com os colegas. Verificou-se ainda, que os trabalhadores estão mais expostos a acidentes de trabalho. Por fim, constata-se que a melhoria da qualidade de trabalho é entendida por alguns trabalhadores como inexistente, facto que se comprova, também, com os

comentários B “A mudança organizacional pretende tudo...menos o bem-estar e qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde...” e C “...as condições de trabalho são cada vez menores.” (cf. Anexo 3).

Importa salientar que a resistência organizacional evidenciou-se, portanto, na transformação da estrutura e dos hábitos da organização (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010) como também, no aumento do volume de trabalho (Almeida, 2005; Rego & Cunha, 2004).

Relativamente à segunda questão, como seria de esperar, o estado de saúde e bem-estar dos trabalhadores após a mudança, apresenta algumas alterações, nomeadamente: um nível de stress mais acentuado, conduzindo a um esgotamento psicológico e físico, o que se traduz na dificuldade de estruturar o pensamento e vontade de faltar ao trabalho. Contudo, uma vez que conseguem ultrapassar os desafios profissionais, mostrando-se mais dinâmicos no trabalho, porque conseguem esquecer a fadiga avaliam, na generalidade, o seu estado de saúde e bem-estar, de forma positiva. Tal facto parece evidenciar que os trabalhadores do CHNE valorizam mais o seu estado físico do que, propriamente, o seu estado de saúde psicológico.

O stress ocupacional é entendido por Ross e Altmaier (1994) como uma interacção entre as características do trabalhador e as condições de trabalho, em que a capacidade do trabalhador não supera as exigências do trabalho. De forma a colmatar o stress ocupacional, torna-se necessário adaptar as competências do indivíduo às exigências do trabalho (Coelho, 2010). O esgotamento ou cansaço emocional, também designado por *burnout* (Carlotto & Camara, 2007; Coelho, 2010) pode conduzir à perda de motivação (Maslach & Leiter, 2005) o que, de acordo com os resultados obtidos, parece ser uma realidade presente nos trabalhadores do CHNE.

De notar que o stress existente nas organizações conduz também, a uma menor produtividade e diminuição da qualidade (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010), o que é comprovado com o comentário D “...se os serviços estavam mal ficaram muito pior.” (cf. Anexo 3).

Os resultados obtidos, como resposta à terceira questão, parecem corroborar o contributo da OIT (1984) segundo a qual, as representações das condições de trabalho influenciam, também, a saúde e rendimento do trabalhador, isto é, as novas condições de

trabalho influenciam bastante o índice de bem-estar, sendo que quanto melhor são as representações das condições de trabalho, tanto melhor é o índice de bem-estar.

No que concerne à quarta questão de investigação, os resultados obtidos parecem não corroborar a literatura, dado que os trabalhadores do CHNE não foram esclarecidos acerca dos motivos que desencadearam a mudança como também, não foram preparados para a mesma, isto é, não receberam formação antes e/ou durante o processo.

Participar na mudança, de acordo com Rodrigues (2008) pode ser compreendido como a possibilidade dos trabalhadores receberem formação, assim como de se encontrarem satisfeitos com o acesso à informação do sistema a implementar.

O facto de a organização não se preocupar com o envolvimento dos trabalhadores no processo de mudança através por exemplo, da comunicação, da participação e partilha dos objectivos (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010) conduz, inevitavelmente, ao desenvolvimento de mecanismos de defesa por parte dos trabalhadores.

As resistências individuais mais evidenciadas foram: a crítica, explícita no comentário E “Esta organização deu bem o seu contributo para o estado em que se encontra o país e a sociedade.”; o medo e a incerteza, evidentes no comentário F “Passar novamente de CHNE para o modelo anterior...” e, por fim, a falta de confiança demonstrada no comentário G “A meu ver quanto menos se fizer e mais simpatia se der à chefia melhor!” (cf. Anexo 3). Algumas das resistências individuais foram salientadas teoricamente por Almeida (2005) e, Rego e Cunha (2004).

A mudança de horário não exerce, para a maioria dos trabalhadores do CHNE, um impacto significativo quer a nível profissional, quer a nível familiar. Contudo, importa salientar que uma parte significativa dos trabalhadores referiu impacto da mudança nas vertentes mencionadas. Por outro lado, os resultados obtidos evidenciam que trabalhadores do CHNE contavam com uma mudança de horário, embora demonstrem desacordo com esta.

Face aos resultados obtidos e analisados torna-se evidente o papel essencial do Psicólogo do Trabalho, na medida em que contribuiria para uma melhor optimização dos recursos humanos, tendo por base as competências dos trabalhadores, tornando o binómio trabalho-indivíduo possível.

CONCLUSÕES

De um modo geral, este estudo possibilitou uma melhor compreensão do processo da mudança organizacional no CHNE e evidenciou os mecanismos de defesa que os trabalhadores desenvolvem para conseguir gerir o referido processo.

O objectivo central foi alcançado através das respostas às seis questões de investigação, enunciadas no terceiro capítulo deste trabalho.

A mudança organizacional sentida no CHNE foi essencialmente planeada, dado que se reflectiu em diferentes componentes organizacionais, desde as mais *hard* (Cunha & Rego, 2002; Rego & Cunha, 2004) como as valências e subdivisão de Serviços, às mais *soft* (Cunha & Rego, 2002; Rego & Cunha, 2004), com a optimização de recursos humanos, novos horários e locais de trabalho.

Os resultados obtidos parecem demonstrar que neste processo de mudança, o enfoque foi direccionado, especialmente, na melhoria da organização sem cuidar devidamente do bem-estar físico e psicológicos dos trabalhadores.

Tomando em consideração Parente (2006), a estratégia adoptada pelo CHNE na participação dos trabalhadores foi, fundamentalmente, tecnocêntrica dado que a adaptação à mudança foi assumida pela gestão de topo, sem o envolvimento de todos trabalhadores.

Ao contrário do que seria de esperar, como nos referem Rego e Cunha (2004), os gestores não procuraram compreender as razões que levaram os trabalhadores a resistir à mudança.

Como consequência da imposição, anteriormente mencionada, os trabalhadores adoptaram mecanismos de resistência como a crítica, a incerteza, a falta de confiança e o medo (Almeida, 2005; Rego & Cunha, 2004).

Para eliminar as resistências, as organizações devem comunicar os objectivos da mudança, procurando a harmonia entre os trabalhadores e o compromisso com o caminho escolhido (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2010).

Por outro lado, este estudo permitiu compreender que de facto, e como nos refere a OIT (1984), as condições de organização, a satisfação no trabalho e as representações dos trabalhadores influenciam a saúde dos mesmos.

As consequências individuais mais demonstradas foram o esgotamento físico e psicológico, evidenciado pela dificuldade em estruturar o pensamento e na vontade de faltar ao trabalho.

Por outro lado, as consequências organizacionais traduziram-se, principalmente, no aumento significativo do absentismo. A frequência das ausências revelou um absentismo voluntário por parte dos trabalhadores (Roque, 2008).

De modo a prevenir ou reduzir o absentismo no trabalho, a EUROFOUND (1997) identifica estratégias como, a atribuição de tarefas e responsabilidades claras para os trabalhadores, e o esclarecimento dos motivos da mudança a todos os trabalhadores.

Na intervenção e mudança organizacional, o Psicólogo do Trabalho permitirá uma organização dos horários de trabalho, conduzindo a uma gestão de recursos profissionais, otimizando assim as equipas que constituem e promovem a prestação de cuidados de saúde. Na formação, em especial nas acções de formação, assumirá um papel preventivo dos riscos psicossociais, e o desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito das competências (Coelho, 2008). Por outro lado, ajudará a intervir no ambiente e condições de trabalho com vista à redução e/ou prevenção de psicopatologia no trabalho.

Este estudo apresenta algumas limitações: por um lado os constrangimentos temporais decorrentes da dificuldade em sinalizar um contexto que permitisse a realização deste estudo; por outro lado, deparámo-nos com a impossibilidade de realizar entrevistas, que conduziram a uma alusão mais transparente e, conseqüentemente, a uma avaliação mais precisa do estado de saúde e bem-estar dos trabalhadores após a mudança. Por fim, apesar da taxa de resposta, na ordem dos 15%, era expectável que a amostra fosse maior, devido ao tempo possibilitado de resposta.

Seria pertinente em futuras investigações, a realização de um estudo longitudinal para avaliar os riscos psicossociais (e.g. ambiente e equipamentos, horários de trabalho, carga de trabalho, comunicação) com o intuito de uma gestão preventiva dos mesmos. Tal pertinência é justificada pela necessidade de redução da taxa de absentismo e da melhoria das condições de trabalho. Sublinha-se que, o estudo sugerido terá maior impacto se realizado nas actuais condições destes trabalhadores, isto é, na nova mudança organizacional - Unidade Local de Saúde que compreende os três hospitais que integravam o CHNE, mais 16 centros de saúde.

Face às contingências político-económicas actuais deparamo-nos, cada vez mais, com a implementação de mudanças nas organizações. Perante tal facto, o trabalhador encontra-se no meio desta, com as mesmas responsabilidades, com os mesmos critérios de prestação de cuidados de qualidade, de eficiência e eficácia, num contexto de competição institucional, pelo que as organizações devem desempenhar um papel determinante na integração da mudança quanto ao trabalhador, de modo a evitar mecanismos individuais e colectivos de resistência e, consequentes riscos psicossociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, G. A. S., & Oliveira, J. R. (2009). Absentismo: Suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. *Revista de Ciências Gerenciais*, 8 (11). Retrieved 10 agosto 2011 from <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rcger/article/viewFile/1314/869>.
- Almeida, M. A. (2005). *Aprender a Gerir as Organizações no Século XXI*. Lisboa: Áreas Editora.
- Caetano, A., & Tavares, S. (2000). Tendências na mudança organizacional e tensão na gestão de pessoas. *Dinâmica, Centro de Estudos sobre a Mudança Organizacional*, 16, 1-19. Retrieved 10 fevereiro 2010 from <https://repositorio.Iscte.pt/bitstream/10071/475/1/wp16-2000.pdf>.
- Camara, P. B., Guerra, P. B., & Rodrigues, J. V. (2010). *Novo humanator: Recursos humanos e sucesso empresarial*. Alfragide: D. Quixote.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2007). Síndrome de Burnout: Uma doença do trabalho na sociedade de bem-estar. *Aletheia*, 25, 202-203. Retrieved 17 março 2010 from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n25/n25a16.pdf>.
- Centro Hospitalar do Nordeste, CHNE. (2011). *O centro hospitalar*. Retrieved 11 agosto 2011, from http://www.chne.min-saude.pt/O+Centro+Hospitalar/Historia+do+CHNE/?sm=1_0.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Coelho, J. A. (2008). *Uma introdução à Psicologia da Saúde Ocupacional: prevenção dos riscos psicossociais no trabalho*. Porto: Oficina Gráfica da UFP.
- Coelho, J. A. (2010). *Prevenção de riscos psicossociais no trabalho em hospitais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Cunha, M. P., & Cunha, J. V. (2003). Organizational improvisation and change: Two syntheses and a filled gap. *Journal of Organizational Change Management*, 16(2), 169-185.

- Cunha, M. P., & Rego, A. (2002). As duas faces da mudança organizacional: Planeada e emergente. *Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Economia Working Paper Series*, 1-26. Retrieved 15 Outubro 2011 from <http://fesrvsd.fe.unl.pt/WPFEUNL/WP2002/wp407.pdf>.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual do comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: RH Editores.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, EUROFOUND. (1997). A prevenção do absentismo no trabalho. Retrieved 22 abril 2011 from <http://www.viver.org./conciliação/516.html>.
- Laranjeira, C. A. (2009). Contexto organizacional e a experiência de stress: Uma perspectiva integrativa. *Revista Salud Pública*, 11(1), 123-133.
- Lima, M. P. (1995). *Inquérito sociológico: Problemas de metodologia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, M. C. A. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Revista Millenium*, 29, 255-268.
- Marques, T., & Ribeiro, J.P. (2009). A avaliação do stress: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stress. Retrieved 22 junho 2010 from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a07.pdf>.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2005). *Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work* (pp.358-362). San Francisco: A Wiley.
- Mendes, C. A. (2004). Mudança Organizacional. LEIC-IST, 2-8. Retrieved 22 abril 2011 from <http://col.tagus.ist.utl.pt/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?EntryId=423&PortalId=0&DownloadMethod=attachment>.
- Neves, A. (2002). *Gestão na administração pública*. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (1984). Factores psicossociales en el trabajo. Naturaleza, incidencia y prevención. Retrieved 22 Abril 2010, from <http://factorespsicossociales.com/biblioteca/publicaciones/FPS-OIT-OMS.pdf>.

- Parente, C. (2006). Conceitos de mudança organizacional e aprendizagem organizacional: contributos para a análise da produção de saberes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 50, 89-108.
- Quintas, P. (2006). *Manual de direito da segurança, higiene e saúde no trabalho*. Coimbra: Almedina.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rego, A., & Cunha, M. (2004). *A essência da liderança: Mudança, resultados, integridade. Teoria, prática, aplicações e exercícios de auto-avaliação*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Rodrigues, R. (2008). *Qual o impacto da informação e formação na resistência à mudança quando se introduz um novo sistema de gestão de informação?* Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Roque, J. D. (2008). *Burnout e percepção do absentismo em trabalhadores do sector bancário: Contributos do modelo das exigências-recursos do trabalho*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ross, R. R., & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Sage Publications.
- Ruquoy, D. (1995). *Situação de entrevistas e estratégia do entrevistador. Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Torres-Oliveira, M. I. (2005). *Mudanças organizacionais, saúde e bem-estar na banca portuguesa. Idade e sentidos do trabalho numa nova relação salarial*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Vicente, P., Reis, E., & Ferrão, F. (2001). *Sondagens - A amostragem como facto decisivo de qualidade*. Lisboa: Rolo e Filhos, Lda.

ANEXOS

Anexo 1

Pedido de Colaboração na Dissertação de Mestrado em Psicologia

COLABORAÇÃO NA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA


No âmbito da **Dissertação de Mestrado em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações** da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto, a mestranda **Raquel Maria Branco Miranda de Carvalho Neto** encontra-se a desenvolver o projecto intitulado “Contributo para a avaliação do impacto da mudança organizacional na saúde dos trabalhadores”.

Este trabalho de investigação tem como principal objectivo oferecer um contributo concreto para a avaliação do impacto da mudança organizacional na saúde dos trabalhadores, fundando-se para tal na metodologia do estudo de caso.

Fazendo parte da missão da Universidade Católica Portuguesa (UCP) proporcionar uma formação integral aos seus alunos, que articule a formação académica com experiências de contacto com o mundo do trabalho real, a UCP teria todo o interesse em desenvolver esta pesquisa na Vossa organização uma vez que, estou certo, o contexto em apreço possibilitaria à mestranda Raquel Neto um desenvolvimento profícuo do projecto já elaborado.

Com os melhores cumprimentos,

O orientador,



Eduardo Oliveira

Porto, 3 de Janeiro de 2011

Anexo 2

Questionário sobre a mudança organizacional

O presente questionário enquadra-se num trabalho de investigação, levado a cabo por Raquel Maria Branco Miranda de Carvalho Neto, no âmbito do Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia do Trabalho e das Organizações, na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.

É constituído por três partes distintas (Parte A - Aspectos sócio-profissionais, Parte B - Durante e após o CHNE e Parte C - Saúde física e mental), nas quais o preenchimento com a máxima veracidade é de extrema importância, na medida em que se procura avaliar o impacto da mudança organizacional na saúde dos trabalhadores. De referir que a mudança que se pretende estudar é a passagem dos Hospitais Distritais para Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E..

Trata-se de um questionário totalmente confidencial, sendo a informação necessária, apenas, para tratamento estatístico.

O preenchimento deste questionário tem uma duração, aproximadamente, de 15 minutos.

O questionário foi adaptado de Torres-Oliveira, M. I. (2005). Mudanças Organizacionais, saúde e bem-estar na banca portuguesa. Idade e sentidos do trabalho numa nova relação salarial. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Obrigada pela sua colaboração!

Parte A: Aspectos Sócio-Profissionais

1. Antiguidade na Instituição - Indique, por favor, há quanto tempo trabalha na Instituição.

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ Entre 6 e 12 meses
- ☐ Entre 1 a 5 anos
- ☐ Entre 6 a 10 anos
- ☐ Entre 11 a 19 anos
- ☐ Mais de 20 anos

2. Antiguidade no Sector da Saúde - Indique, por favor, há quanto tempo trabalha no sector da Saúde.

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ Entre 6 e 12 meses
- ☐ Entre 1 a 5 anos
- ☐ Entre 6 a 10 anos
- ☐ Entre 11 a 19 anos
- ☐ Mais de 20 anos

3. Qual o Grupo Profissional em que se insere? Dos grupos de trabalho apresentados indique, por favor, em qual a sua actividade profissional se insere.

- ☐ Pessoal Médico
- ☐ Internato Médico
- ☐ Técnico Superior de Saúde
- ☐ Técnico Superior
- ☐ Pessoal de Enfermagem
- ☐ Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
- ☐ Assistente Técnico
- ☐ Assistente Operacional
- ☐ Other _____

4. Durante a sua actividade profissional tem contacto directo com os Utentes?

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Regularmente
- ☐ Quase sempre
- ☐ Sempre

5. Tempo médio de trabalho semanal (anterior a CHNE)? Indique por favor, qual o número de horas que trabalhava, em média, por semana antes do CNHE.

- ☐ Até 35 horas
- ☐ Entre 36 a 40 horas
- ☐ Mais de 40 horas

6. Tempo médio de trabalho semanal (actualmente)? Indique por favor, qual o número de horas que trabalha, em média, por semana.

- ☐ Até 35 horas
- ☐ Entre 36 e 40 horas
- ☐ Mais de 40 horas

7. Semanalmente no local de trabalho (anterior a CNHE)

- ☐ Efectuava sempre o mesmo n.º de horas e no mesmo horário (com pausa para almoço - horário rígido)
- ☐ Efectuava sempre o mesmo n.º de horas e no mesmo horário (sem pausa para almoço - horário contínuo)
- ☐ Efectuava sempre o mesmo n.º de horas, mas em horários variáveis (turnos)

8. Semanalmente no local de trabalho (actualmente)

- ☐ Efectua sempre o mesmo n.º de horas e no mesmo horário (com pausa para almoço - horário rígido)
- ☐ Efectua sempre o mesmo n.º de horas e no mesmo horário (sem pausa para almoço - horário contínuo)
- ☐ Efectua sempre o mesmo n.º de horas, mas em horários variáveis (turnos)

9. Indique o modo como se deslocava para o local de trabalho (anterior a CHNE)

- ☐ A pé
- ☐ Transporte próprio
- ☐ Transporte de outros ("boleia")
- ☐ Transporte público
- ☐ Transporte do Serviço

10. Indique o modo como se desloca, actualmente, para o local de trabalho

- ☐ A pé
- ☐ Transporte próprio
- ☐ Transporte de outros ("boleia")
- ☐ Transporte público
- ☐ Transporte do Serviço

11. Quanto tempo despende, actualmente, para se deslocar para o seu local de trabalho (Ida + Volta)

- ☐ Menos de uma hora
- ☐ Entre uma a duas horas
- ☐ Mais de três horas

Parte B: Durante e após o CHNE

Nesta parte do questionário pretende-se abordar aspectos importantes inerentes a um processo de mudança organizacional. Leia atentamente cada questão e responda de forma espontânea.

1.Qual a sua apreciação face às condições de trabalho

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Concordo	Concordo bastante	Concordo totalmente
Posso determinar quando uma operação deve ser executada					
Trabalho a um nível de habilitações superiores face à actividade profissional que desempenho					
Perante situações ocasionais, consigo reorganizar o trabalho de forma satisfatória					
Conheço o meu plano de trabalho com a devida antecedência					
O meu trabalho impede-me de desenvolver actividades extra— laborais					
Realizo tarefas que não se relacionam com a minha função					
A minha actividade influencia a dos meus colegas					
Quando me sinto cansado(a), a probabilidade de cometer um erro é maior, colocando a vida dos outros em risco					
Disponho de pouco tempo para desempenhar todas as funções que me são atribuídas diariamente					
Tenho horários compatíveis com a minha vida familiar					
Tenho uma boa relação de trabalho com os meus colegas					
O meu trabalho é mais valorizado					
Existe uma maior definição dos procedimentos de trabalho a realizar em cada Serviço					
Há uma melhoria da qualidade de trabalho					

2. No que respeita à mudança de horário, qual a alternativa que melhor se adequa ao seu caso

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Concordo	Concordo bastante	Concordo totalmente
A mudança de horário conduziu a um impacto significativo na actividade profissional					
A mudança de horário conduziu a um impacto significativo na vida familiar					
Esta mudança de horário foi inesperada					
Esta mudança de horário era necessária					

3. Qual a relevância da sua participação na mudança?

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Concordo	Concordo bastante	Concordo totalmente
Tive conhecimento prévio da mudança					
Fui esclarecido quanto às razões que conduziram à mudança					
Recebi formação adequada que me possibilitou uma melhor preparação para a mudança					
Durante a mudança recebi formação que me possibilitou integrar, eficazmente, na nova estrutura organizacional					

Parte C - Saúde física e mental

1. Como avalia o seu estado de saúde após o CHNE? Leia atentamente cada frase e responda de forma espontânea.

	Nunca	Por vezes	Regularmente	Quase sempre	Sempre
Sinto-me mais activo(a)					
Sinto-me desmoralizado(a) com o meu trabalho					
Sou pressionado(a) pela chefia					
Tenho insónias por causa da minha actividade profissional					
Sinto-me mais stressado(a)					
Sinto-me capaz de ultrapassar os desafios profissionais					
Não consigo estruturar o meu pensamento					
Tenho vontade de faltar ao trabalho					
Sinto-me fisicamente esgotado(a)					
Sinto-me psicologicamente esgotado(a)					
Sinto-me cheio de energia					
Esqueço-me de realizar tarefas importantes					
Tenho um bom desempenho no meu trabalho					
Comunico facilmente com os meus colegas					
Sou dinâmico(a) no meu trabalho					
Quando trabalho esqueço a fadiga					
Sinto-me angustiado(a) com o meu trabalho					
Estou mais exposto(a) a acidentes de trabalho					
Sinto-me mais saudável					

Comentários que considere pertinentes

Anexo 3

Respostas dos inquiridos à questão de resposta aberta

Comentário A: “A desvalorização do trabalho dos profissionais empenhados e que gostam de desempenhar bem as tarefas atribuídas leva à desmotivação, sentimento geral dos profissionais do CHNE.”

Comentário B: “A mudança organizacional pretende tudo e mais alguma coisa; menos o bem-estar e qualidade de serviços prestados pelos profissionais de saúde! Qualidade de serviços e organização só mesmo na teoria!”

Comentário C: “Os serviços organizacionais de saúde cada vez estão menos virados para o doente e para a prestação na qualidade dos cuidados e as condições de trabalho cada vez são menores.”

Comentário D: “Existe uma gestão danosa dos recursos em geral, foram criadas condições de trabalho precárias o que levou à desmotivação das pessoas. Se os serviços estavam mal ficaram muito pior.”

Comentário E: “Esta organização deu bem o seu contributo para o estado em que se encontra o país e a sociedade.”

Comentário F: “Passar novamente de CHNE para o modelo anterior. E mesmo colocar muitos mais hospitais mais perto das pessoas, Porque quantos mais hospitais existirem embora de menor dimensão junto das pessoas, maior possibilidade elas têm de se tratarem.”

Comentário G: “Nem sempre os funcionários que tentam ser mais correctos em termos profissionais e que cumprem com as suas obrigações no serviço são as mais compensadas. A meu ver quanto menos se fizer e mais simpatia se der à chefia melhor!”

Comentário H: “Mudanças organizacionais feitas à semelhança da reestruturação do CHNE deviam ser fiscalizadas e ser proibidas, em virtude de exporem os serviços a uma incompetência sem precedentes e por sua vez ficarem estes num caos. Comecem por fazer mudanças organizacionais nos administradores obrigando estes a terem no currículo algum tempo de trabalho efectivo em empresas particulares e se derem lucro aí sim venham para o estado.”

Comentário I: “A mudança é vista sempre com algum peso, alguma acumulação, mas o mais pretensioso é batalhar para uma uniformização e depararmos com duas situações: 1- ver que o colega ao lado tem menor trabalho e tem as mesmas funções que nós; 2 - apesar de haver um sentido crítico na melhoria de prestação de cuidados em saúde, raros são os que trabalham em prol da melhoria do utente...em pequenos passos se pode fazer muito, se tivermos interessados. A mudança não deve ser o principal pró cinético do mau funcionamento, as pessoas que o envolvem são a causa desse mesmo desempenho se passarem a culpabilizar a mudança apenas. Obrigada!”

Comentário J: “Não é fácil viver na confusão, para mandar é preciso saber fazer!”